



HAL
open science

État des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique chez les médecins généralistes picards

Nancy Bonnard

► **To cite this version:**

Nancy Bonnard. État des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique chez les médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04579059

HAL Id: dumas-04579059

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04579059>

Submitted on 17 May 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2023

N° 2023-196

État des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération
sur objectifs de santé publique chez les médecins
généralistes picards.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

Nancy BONNARD

Le 08/12/2023

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Madame le Docteur Odile NADESSANE

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Nareg RACHO

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Épidémiologie, Prévention et Économie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Épidémiologie

Membre du Haut Conseil de Santé Publique

Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse.

Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"

(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Merci d'avoir accepté de donner de votre temps pour juger ce travail.

Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

Madame le Docteur Odile NADESSANE

Médecin généraliste

Tu as aimablement accepté de juger mon travail. Ton fort caractère m'inspire beaucoup. Merci pour tes avis et conseils toujours bien réfléchis.

Sois assurée de ma sincère gratitude.

Monsieur le Docteur Nareg RACHO

Maitre de stage universitaire au Département de Médecine Générale

Médecin généraliste

Vous m'avez guidée et conseillée tout au long de ce travail avec patience et disponibilité. Je vous remercie infiniment pour votre soutien dans mes moments de doute.

Merci pour votre accompagnement et vos précieux conseils lors de mes stages d'internat et lors de mes premiers remplacements. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma plus vive reconnaissance.

À mes parents,

Dada, je te suis tellement reconnaissante du soutien infaillible que tu m'as apportée à travers ce long parcours. Merci d'être présent pour ce jour qui a beaucoup d'importance pour moi.

À Tantine, merci pour ta gentillesse et ton écoute.

À Mama qui veille sur moi de là-haut et que j'imagine très fière de sa fille.

À mes sœurs et mon frère,

Liny, comment te remercier pour tous tes conseils avisés. À toutes les fois où j'ai eu des problèmes, tu as toujours su apporter des solutions adéquates. Merci de croire en moi.

Merci Estelle d'être toujours présente pour moi.

Thierry, le premier jour où tu m'as accompagnée à la faculté de médecine restera gravé à jamais dans ma mémoire.

À ma grande amie Mylène,

Ton amitié m'a permis de tenir durant ces longues années d'études en médecine. À tous ces moments de joie et de déprime qu'on a vécus ensemble. Je ne remercierai jamais assez Dieu de m'avoir donné une amie comme toi.

À mes amis,

Koly, Hajatiana, vous avez toujours été présents quand il le fallait. Merci pour les bons moments de vacances passés ensemble.

À Tandrify,

Pour ta bonne humeur constante, tes encouragements, ton amour et ta patience. Je t'aime.

Au Docteur LECLERE Didier

Merci de m'avoir pris sous votre aile pendant ces 3 ans. Vous avez toujours été à l'écoute et disponible. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
I. INTRODUCTION.....	9
1) Paiement à la performance : dans le monde et en Europe	9
2) Histoire de la ROSP en France	9
3) Les indicateurs de la ROSP.....	10
4) Les indicateurs déclaratifs de la ROSP	13
5) Efficacité de la ROSP en France.....	21
6) Problématique et objectifs.....	22
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
1) Type d'étude	23
2) Population étudiée et échantillonnage.....	23
3) Questionnaire utilisé	24
4) Période	24
5) Recueil des réponses et analyse statistique	24
III. RÉSULTATS.....	26
1) Caractéristiques de la population	27
2) Modification des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant adulte.....	28
3) Modification des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant enfant.....	32
4) Pertinence et intérêts des indicateurs déclaratifs de la ROSP	36
5) Analyse statistique selon le genre	37
6) Analyse statistique selon l'âge.....	37
7) Analyse statistique selon le mode d'exercice	38
8) Analyse statistique selon le lieu d'installation et le type de consultation	38

9) Analyse statistique selon la durée de la consultation :.....	38
IV. DISCUSSION.....	40
1) Forces et limites de l'étude	40
2) Divergence des résultats obtenus dans l'étude par rapport aux résultats nationaux de la ROSP publiés par l'assurance maladie, comparaison avec d'autres études.....	41
3) Les freins à la réalisation des items déclaratifs de la ROSP, quelles solutions ?...	42
4) Intérêts des indicateurs déclaratifs de la ROSP : qu'en est-il ?	45
5) Analyse comparative selon le genre, l'âge et la durée de la consultation :.....	45
V. CONCLUSION	47
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
ANNEXES	53
Annexe 1 : Lettre d'introduction du questionnaire	53
Annexe 2 : Questionnaire	54
Annexe 3 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le genre (n = 157).....	60
Annexe 4 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon l'âge (n = 157).....	62
Annexe 5 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le mode d'exercice (n = 157).	64
Annexe 6 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le lieu d'exercice (n = 157).....	66
Annexe 7 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le type de consultation (n = 157).	68
Annexe 8 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon la durée de consultation (n = 157).	70
RÉSUMÉ.....	73
ABSTRACT	74

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD :	Affection longue durée
AOMI :	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ARS :	Agence régionale de santé
ASALEE :	Action de santé libérale en équipe
CAC :	Coronary artery calcium
CAPI :	Contrats d'amélioration des pratiques individuelles
CNOM :	Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
DPC:	Développement professionnel continu
ESC/EAS:	European society of cardiology and european atherosclerosis society
EFS :	Établissement français du sang
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS :	Haute autorité de santé
HTA :	Hypertension artérielle
IMC :	Indice de masse corporelle
IPA :	Infirmière en pratique avancée
IPS :	Indice de pression systolique
IRC :	Insuffisance rénale chronique
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PAS :	Pression artérielle systolique
PICAGJIR :	Union picarde des généralistes jeunes installés et remplaçants
PMI :	Protection maternelle et infantile
P4P :	Paiement à la performance (En anglais Pay-for-Performance)

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

SCORE : Systematic coronary risk evaluation

SNDS : Système national des données de santé

I. INTRODUCTION

Il existe plusieurs modes de rémunération des médecins généralistes en France : rémunération à l'acte, différents forfaits (forfait patientèle médecin traitant, forfait structure), et rémunération sur objectifs de santé publique. La littérature montre que le mode selon lequel est rémunéré un médecin de soins primaires affecte son comportement.[1,2] L'objectif de ce travail est d'évaluer si les indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) améliorent la pratique des médecins généralistes picards.

1) Paiement à la performance : dans le monde et en Europe

Le paiement à la performance (P4P Pay-for-Performance) consiste à rémunérer davantage les professionnels de santé en fonction de leurs résultats en termes de réalisation d'objectifs définis par le contrat. Il s'agit d'un outil pour améliorer la prise en charge de malades atteints de pathologies chroniques et d'un élément de politique de santé pour la promotion de la qualité et/ou recherche de l'efficience. [3]

Les premiers P4P ont été instaurés dès le début des années 2000 dans les pays anglo-saxons, notamment au travers du « California Pay for Performance Program » aux Etats-Unis (2001) et du « Quality and Outcomes Framework » (QOF) en Angleterre (2004). Ces systèmes se sont rapidement étendus à d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) qui regroupe 38 pays répartis en Europe, Amérique du Nord et Sud, et en Asie-Pacifique.

2) Histoire de la ROSP en France

En France, le paiement à la performance à destination des médecins généralistes a été introduit en juillet 2009 par la mise en place du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Le dispositif était sur la base de volontariat et a duré jusqu'en décembre 2011. Le contrat signé avec la caisse primaire d'assurance maladie prévoit le versement de rémunération financière en contrepartie de l'amélioration d'indicateurs définis par le contrat qui comportait 16 objectifs cibles sur la prescription, le dépistage, la prévention et le suivi des maladies chroniques. Ces objectifs sont déterminés selon les recommandations émises par la Haute Autorité de la Santé, l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ex AFSSAPS Agence

Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) et de comparaisons internationales. À l'époque, 38% des médecins éligibles ont souscrit au contrat. [4] Ce mode de rémunération a eu un succès. Une convention médicale de généralisation de la CAPI à tous les médecins généralistes a été signée par tous les syndicats de médecins en juillet 2011. Cette convention a permis de mettre en place la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) pour tous les médecins généralistes à partir de janvier 2012. L'adhésion est systématique sauf refus explicite de la part du médecin. Dans cette convention de 2011, le nombre d'indicateur est passé à 24. En 2016, le dispositif ROSP médecin traitant adulte a encore été modifié et comptait 29 indicateurs de qualité et d'efficacité dont 25 étaient calculés sur la base des données du Système National des Données de Santé (SNDS) et 4 sur la base de données déclarées par les médecins généralistes eux-mêmes. La dernière modification de la ROSP date de 2018 et a apporté quelques modifications sur certains indicateurs avec précision sur les règles de gestion. [5]

3) Les indicateurs de la ROSP

La ROSP médecin traitant adulte compte 29 indicateurs dont :

-8 indicateurs des pathologies chroniques

-12 indicateurs de prévention

-9 indicateurs d'efficacité

Parmi ces 29 indicateurs, 25 sont calculés sur la base des données du Système national des données de santé et 4 sont déclaratifs : ils sont fournis par le médecin à l'assurance maladie via le site internet AmeliPro. [6]

Suivi des pathologies chroniques	Diabète	2 dosages annuels d'HbA1c chez le diabétique	
		Fond d'œil tous les 2 ans et 1 trimestre chez le diabétique	
		Recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines et dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG chez le patient diabétique de moins de 81 ans	
		Examen clinique annuel des pieds par le MT ou consultation de podologie chez le patient diabétique	Déclaratif
	Hypertension artérielle (HTA)	Recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit du DFG chez le patient hypertendu	
	Risque cardiovasculaire	Évaluation du risque cardiovasculaire (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	Déclaratif
Traitement par statines et AAP et IEC ou ARA2 chez un patient aux antécédents de maladie coronaire ou d'AOMI			
Dosage d'INR autant de fois que la délivrance d'AVK chez le patient traité par AVK au long cours			
Prévention	Grippe	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	
		Vaccination antigrippale des patients âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique	
	Dépistage des cancers	Dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 74 ans	
		Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les 25 à 30 ans par cytologie et chez les 30 à 65 ans par test HPV tous 5 ans	
		Dépistage du cancer colo rectal chez les 50 à 74 ans tous les 2 ans	
	Iatrogénie	Éviter la prescription plus de 2 psychotropes chez les patients > 75 ans hors ALD pour troubles psychiatriques	
		Éviter la prescription des BZD hypnotiques pour une durée > à 4 semaines	
		Éviter les BZD anxiolytique pour une durée > à 12 semaines	
	Antibiothérapie	Antibiothérapie chez les 16-65 ans sans ALD	
		Limiter la prescription d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e générations ; fluoroquinolones)	
Conduites addictives	Intervention brève chez le patient tabagique, enregistrée dans le dossier	Déclaratif	
	Intervention brève chez un patient alcoolique, enregistrée dans le dossier	Déclaratif	
Efficience	Prescription dans le répertoire	Statines prescrites dans le répertoire des génériques	
		Antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	
		Autres traitements dans le répertoire des génériques	
	Biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires de l'insuline glargine	
	Efficience des prescriptions	Prescription d'ézétimibe versus d'ézétimibe + statines	
		Co-délivrance d'IPP et d'AINS chez les patients de moins de 65 ans sans facteur de risque de lésion digestive	
		Prescription d'aspirine à faible dosage chez les patients nécessitant un antiagrégant plaquettaire	
		Traitement par metformine chez le diabétique type 2	
	Dosage de TSH isolé pour surveillance dysthyroïdie		

Tableau 1 : Indicateurs de la ROSP médecin traitant adulte

AAP : Antiagrégant plaquettaire, ALD : Affection longue durée, AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ARA2 : Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II, AVK : Anti-vitamineK , ALD : Affection longue durée, BZD : Benzodiazépines, DFG : Débit de filtration glomérulaire, HPV : Human papillomavirus, IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion, IPP : Inhibiteur des pompes à protons, MT : Médecin traitant ,AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens

La ROSP médecin traitant enfant repose sur 10 indicateurs dont :

-2 indicateurs de suivi de pathologie chronique

-8 indicateurs de prévention

Parmi ces indicateurs, 7 sont calculés sur la base des données du Système national des données de santé et 3 sont déclaratifs. [7]

Suivi de pathologie chronique	Asthme	Traitement par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes des patients âgés de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant	
		EFR annuelle chez le patient âgé de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant	
Prévention	Obésité	Réalisation de la courbe de corpulence (IMC) et renseignement dans le dossier médical au moins une fois par an chez les moins de 16 ans	Déclaratif
	Vaccination	Deux doses de vaccin ROR chez les moins de 2 ans	
		Une dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois	
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques	
		Éviter de traiter les patients de 4 ans et plus par céphalosporine de 3e ou 4e génération	
	Dépistage des troubles sensoriels	Dépistage clinique des troubles visuels et auditifs chez les 4 à 12 mois	Déclaratif
Dépistage de troubles du langage chez les 3 à 5 ans		Déclaratif	
Suivi bucco-dentaire	Au moins un examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans		

Tableau 2 : Indicateurs de la ROSP médecin traitant enfant

EFR : Exploration fonctionnelle respiratoire, ERTL4 : Épreuve de repérage des troubles du langage IMC : Indice de masse corporelle, MT : Médecin traitant, ROR : Rougeole rubéole oreillon,

Les indicateurs déclaratifs de la ROSP sont l'objet de cette thèse et seront détaillés ci-dessous.

4) Les indicateurs déclaratifs de la ROSP

a) Examen des pieds diabétiques

On estime que 15 à 25% des patients diabétiques présenteront une plaie diabétique au cours de leur vie.[8] L'ulcère du pied entraîne une diminution de la qualité de vie du patient [9] et une dépense de santé publique considérable puisque le coût du pied diabétique est estimé à 660 millions d'euros /an en 2017 [10]. Selon la dernière recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) datant du 26 novembre 2020, il est recommandé de réaliser chez tous les patients diabétiques quel que soit leur âge un dépistage annuel du risque podologique [11]. L'examen clinique recherche une neuropathie à l'aide du monofilament et recherche d'artériopathie par la palpation des pouls. [12] L'incidence de la neuropathie et de l'artériopathie augmente avec l'ancienneté du diabète, l'âge et le déséquilibre du diabète. [13]

La neuropathie sensitive diminue la sensibilité douloureuse et favorise l'apparition de plaies pouvant passer inaperçues. La neuropathie motrice entraîne une atrophie des muscles interosseux, un déséquilibre entre muscles extenseurs et fléchisseurs et une déformation du pied favorisant des zones d'hyperpression ayant pour conséquence l'apparition d'hyperkératoses et du mal perforant plantaire. Enfin, la neuropathie végétative autonome diminue la sudation provoquant une sècheresse cutanée, ouvre les shunts artério veineux réduisant l'oxygénation tissulaire et favorise la résorption osseuse pouvant mener au pied de Charcot [13]. Selon des études, le monofilament Semmes-Weinstein de 10g permet d'identifier des personnes à risque accru d'ulcération du pied avec une sensibilité de 66% à 91%, une spécificité de 34% à 86%, une valeur prédictive positive de 18% à 39% et une valeur prédictive négative de 94% à 95% [14]. Le test de sensibilité avec le monofilament se réalise sur 3 sites plantaires : têtes des 1^{er} et 5^e métatarsiens, pulpe de l'hallux. Le risque d'ulcération est multiplié par 10 et le risque d'amputation par 17 en cas d'anomalie de ce test. [15]

L'artériopathie retarde la cicatrisation et peut mener à la nécrose et à l'amputation. Cliniquement, elle se manifeste par l'abolition des pouls distaux, la pâleur cutanée et la claudication. Pour évaluer l'artériopathie des membres inférieurs, la recherche des pouls pédieux et tibiaux postérieurs est nécessaire, ainsi que l'évaluation de l'indice de pression systolique (IPS) [15]. Le calcul de l'IPS est réalisé de la façon suivante :

IPS = Pression artérielle systolique (PAS) cheville/PAS humérale.

La pression systolique humérale est relevée aux 2 bras et la valeur la plus élevée est retenue.
Un résultat < 0,90 confirme l'artériopathie.

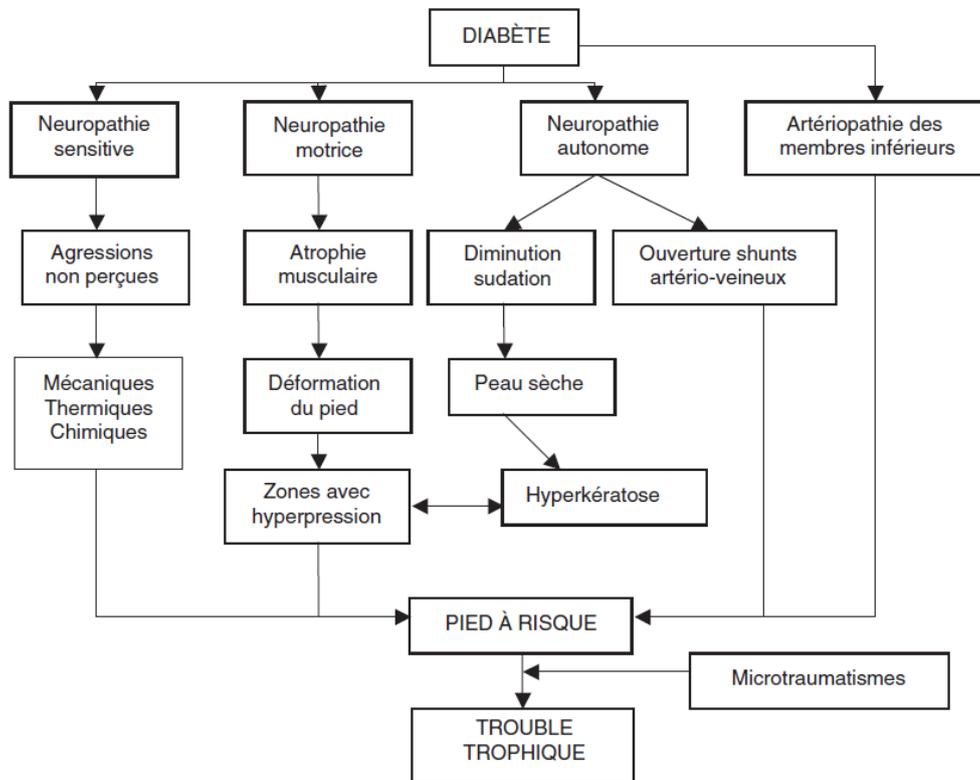


Figure 1 : Physiopathologie du pied diabétique [13]

À la fin de l'examen du pied diabétique, on peut classer le risque d'ulcération selon 3 grades.

Grade	Définition
0	Absence de neuropathie sensitive
1	Neuropathie sensitive isolée
2	Neuropathie sensitive associée <ul style="list-style-type: none"> à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied
3	Antécédent <ul style="list-style-type: none"> d'ulcération du pied (grade3a) et/ou d'amputation des membres inférieurs (grade3b)

Figure 2 : Grade podologique du diabétique

b) Calcul du risque cardio-vasculaire

Dans le cadre de la ROSP, l'évaluation du risque cardiovasculaire par l'outil SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) ou autre scorage est recommandée avant la prescription de statines. Selon les dernières recommandations de 2021 de la Société Européenne de Cardiologie, le risque de maladie cardiovasculaire à 10 ans est calculé par deux échelles :

- SCORE2 chez les sujets âgés de 40 à 69 ans
- SCORE OP (Old Person) chez les personnes âgées de plus de 70 ans.

Les variables prises en compte sont le sexe, l'âge, le statut tabagique, la pression artérielle et le cholestérol non-HDL. Cette évaluation individuelle du niveau de risque permet de catégoriser la population en bas risque, risque modéré, haut risque et très haut risque cardiovasculaire et de proposer une prise en charge thérapeutique plus personnalisée chez les sujets à haut risque et très haut risque. [16]

Le risque est élevé pour un SCORE 2 de 2,5 à 7,5 % pour les personnes de moins de 50 ans, un SCORE 2 de 5 à 10 % pour les personnes de 50 à 69 ans et un SCORE-OP de 7,5 à 15 % pour les personnes de plus de 70 ans. L'échelle SCORE présente une limite, car elle n'est applicable que chez des sujets « en bonne santé apparente » sans antécédent de maladie cardiovasculaire, non-diabétiques et sans maladie rénale chronique. Dans les recommandations ESC/EAS European Society of Cardiology/ European Atherosclerosis Society de 2019 : les antécédents cardiovasculaires, l'hypertension artérielle (HTA), le diabète, l'insuffisance rénale chronique (IRC) ainsi que les dyslipidémies génétiques font classer les sujets comme étant à haut et très haut risque cardio-vasculaire [17]. Enfin, d'un point de vue clinique, la migraine avec aura, les hommes ayant une dysfonction érectile et les pathologies inflammatoires chroniques doivent être considérées dans l'estimation du risque cardio-vasculaire.

Les objectifs sont : [18]

- TG < 1.5g/L
- LDLc < 0.55g/L en prévention secondaire ou chez les patients à très haut risque
- LDLc < 0.7g/L chez les patients à haut risque
- LDLc < 1g/L chez les patients à risque modéré
- LDLc < 1.16g/L chez les patients à bas risque

Depuis 2019, l'utilisation du CAC (Coronary Artery Calcium) Score mesuré en tomodensitométrie non-injectée prend une place importante dans la stratification du risque cardiovasculaire. De nombreuses études ont montré une corrélation entre ce score et la survenue de coronaropathie. Ce score permet également de guider la prescription de statines puisqu'il est maintenant recommandé d'initier un traitement si le CAC score est compris entre 1 et 99, chez les patients de plus de 55 ans, et quel que soit l'âge si ce score est supérieur à 100. [19]

c) Intervention brève pour le tabac

En 2022, la prévalence du tabagisme quotidien en France est estimée à 24.5%. Le tabac est un fléau inégalé de santé publique puisqu'il tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie. Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France avec 75.000 décès estimés en 2015. Les causes les plus fréquentes de décès sont les cancers dans 45.000 cas et les maladies cardiovasculaires dans plus de 17.000 cas. [20,21]

Le repérage précoce et l'intervention brève sont des procédures de prévention qui ont pour objectifs de repérer un comportement de consommation de substance psychoactive et d'entraîner une baisse de consommation. Proche des patients, le médecin généraliste est le professionnel clé pour aider à concrétiser le sevrage tabagique. Pendant une consultation médicale dédiée, le médecin peut accompagner, soutenir psychologiquement, proposer des objectifs et assurer un suivi médical personnalisé pour assurer la réussite du sevrage. [22]

Le repérage précoce consiste à poser au patient la question : « Fumez-vous du tabac ? ». Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer, car il n'y a pas de seuil repérable de toxicité et de dépendance pour le tabac.

L'intervention brève consiste ensuite à restituer les résultats des questionnaires de consommation (questionnaire de Fagerström), informer sur les risques concernant la consommation, identifier les représentations et les attentes du consommateur, échanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation, expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter la consommation, proposer des objectifs et laisser le choix, remettre une brochure ou orienter vers un site (Tabac info service), une application et enfin donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.

d) Intervention brève pour l'alcool

D'après les données du baromètre de Santé publique France, en 2020, 23,7% de la population âgée de 18 à 75 ans dépassaient les repères de consommation d'alcool, soit maximum 10 verres par semaine, maximum 2 verres par jour, et des jours dans la semaine sans consommation. [23]

La consommation d'alcool est à l'origine de 49.000 décès par an en France et est responsable de plus de 7 % des maladies et décès prématurés. [24]

En France, un **verre standard** correspond à **10 g d'alcool pur**, soit :

- 10 cl de vin (ou de champagne) à 12° ;
- 7 cl d'apéritif (vin cuit) à 18° ;
- 25 cl de bière ou de cidre ou de soda alcoolisé (alcopops ou prémix) à 5° ;
- 3 cl de boisson alcoolisée à 40° (whisky ou digestif) ; 2,5 cl de boisson plus fortement alcoolisée à 45° (pastis ou autre alcool fort).

Le repérage précoce consiste à demander au patient la quantité et la fréquence de sa consommation d'alcool. La consommation à risque est définie par une consommation supérieure à 10 verres par semaine ou supérieure à 2 verres par jour ou un nombre de jours d'abstinence inférieure à 2 jours par semaine.

Le principe de l'intervention brève repose sur 8 points concernant la consommation d'alcool : restituer les résultats du questionnaire de consommation (questionnaire FACE), expliquer les risques de la consommation alcoolique, expliquer le verre standard, discuter l'intérêt personnel de la réduction, expliquer les méthodes utilisables pour réduire sa consommation, proposer des objectifs et laisser le choix, donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation et enfin orienter vers un site d'aide (Alcool info service) ou remettre une brochure.[22]

e) Courbe de corpulence chez les enfants

En France, 18 % des enfants sont en surpoids, dont 3 à 4 % en situation d'obésité [25] [26]. Selon les recommandations de la HAS, le poids et la taille de chaque enfant doivent être mesurés régulièrement pour pouvoir calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle) et la reporter sur la courbe de corpulence. La formule de calcul de l'IMC est la même quel que soit l'âge (poids [kg]/taille² [m]). Le repérage du surpoids et de l'obésité de l'enfant repose sur le suivi de cette

courbe de corpulence [27]. Les courbes établies par l'*International Obesity Task Force* (IOTF) sont actuellement les plus utilisées en pratique clinique et sont présentes dans le carnet de santé depuis 2018. [28] L'obésité est définie par un IMC \geq au seuil IOTF 30. Physiologiquement, la courbe de corpulence augmente jusqu'à 1 an, diminue jusqu'à 6 ans et croît de nouveau jusqu'à la fin de la croissance : cette remontée de la courbe est appelée rebond d'adiposité. L'âge de survenue du rebond d'adiposité est corrélé à l'adiposité à l'âge adulte : plus le rebond est précoce, plus le risque d'obésité est élevé.[29]

f) Dépistage de trouble visuel et auditif chez les patients de 4 à 12 mois

Dépistage des troubles visuels de 4 à 12 mois

15% des enfants présentent un trouble visuel survenant avant l'âge de 6 ans. [30]

Avant 8 jours de vie, l'examen est réalisé en faisant une inspection des globes oculaires, de la cornée, de la pupille et de la lueur pupillaire à l'aide d'un point lumineux.

Dans les premières semaines, on recherche :

-*Le réflexe photomoteur* : en éclairant une pupille puis l'autre : une asymétrie du réflexe fait soupçonner une anomalie organique.

-*La lueur pupillaire* : on éclaire les pupilles à l'aide d'une lumière non-éblouissante, à une distance de 30 à 50cm, on observe normalement une image uniforme rouge. Une anomalie des milieux transparents (cataracte, rétinoblastome) entraîne une lueur non-uniforme, non-rouge ou un reflet blanc (leucocorie).

-*Les reflets cornéens, un strabisme* : les reflets cornéens sont examinés à 50 cm par une lumière non-éblouissante dont le reflet est centré. En cas de strabisme, on observe un reflet au centre d'une pupille et l'autre décentré. Tout strabisme constant avant 4 mois est pathologique, tout strabisme même intermittent après 4 mois est pathologique.

De 2 à 4 mois, on recherche :

-*La poursuite oculaire* : à l'aide d'une source lumineuse non-éblouissante ou d'un objet fortement contrasté (œil de bœuf) placé à 50 cm et déplacé horizontalement et verticalement devant l'enfant. Normalement l'enfant poursuit cette cible en mouvement, sans nystagmus.

L'indifférence à la mobilité de la cible traduit une amblyopie bilatérale ou un trouble du comportement majeur nécessitant un avis spécialisé.

-Réflexe de clignement à la menace, normalement présent à 3 mois,

De 9 mois à 15 mois, on réalise :

-Le test de l'occlusion alternée : le test consiste à cacher alternativement les deux yeux pour rechercher une amblyopie. L'occlusion de l'œil amblyope est bien supportée puisque cet œil a une mauvaise vision. En revanche, l'occlusion du "bon" œil est mal tolérée.

-Le signe de la toupie : on déplace un objet à droite et à gauche de l'enfant ; si un œil est amblyope, l'enfant ne peut regarder l'objet avec cet œil et tourne la tête, fait la toupie, pour continuer à le regarder avec l'autre œil. [31]

Dépistage des troubles auditifs de 4 à 12 mois

La prévalence de la surdité permanente bilatérale néonatale a été estimée en 2015 à 1,3‰ nouveau-nés pour les formes légères à moyenne et à 0,9‰ pour les formes moyennes à profondes [32]. En France, le dépistage de la surdité est obligatoirement proposé en maternité à tous les nouveaux-nés par la réalisation de Otoémissions Acoustiques Automatisées (OEAA) ou par Potentiels Évoqués Auditifs Automatisés (PEAA).

Après la période prénatale, les moyens de dépistage pour le praticien sont essentiellement cliniques, mais il est possible d'utiliser des OEA ou des PEAA à toutes les étapes si ces tests sont disponibles. Les parents apportent des indices qu'il faut savoir valoriser. Le dépistage auditif entre 4 et 12 mois peut se faire à l'aide de sources sonores : boîtes de Moatti, Sensory Baby Test ou autres jouets sonores qu'il faudra calibrer pour connaître leur fréquence et leur intensité [33]. L'examen doit être réalisé dans de bonnes conditions : local silencieux, enfant calme, n'ayant ni faim, ni sommeil. On recherche le réflexe acoutrope (rotation vers la source sonore) ou réflexe d'orientation investigation. Les stimulations sonores doivent être brèves, émises en dehors du champ visuel de l'enfant. Toute modification de comportement tel que le lever du regard, l'arrêt du jeu, le levée de tête, la modification de succion est une réponse positive [34].

g) Dépistage du trouble de langage chez les patients de 3 à 5 ans

Les troubles des apprentissages du langage concernent 4 à 5 % des enfants. La maîtrise du langage est un élément fondamental pour le développement de la personnalité, l'intégration sociale et la réussite scolaire de l'enfant. Normalement, à 3 ans, l'enfant comprend le langage quotidien ; il est intelligible, fait des phrases avec sujet, verbe, complément, parfois mal prononcés et utilise le « je ». À 4 ans, l'enfant est capable de comprendre des phrases longues et complexes ; précise son vocabulaire, allonge et complexifie ses phrases, articule tous les sons. À 5 et 6 ans, l'enfant comprend et construit un récit ; a acquis les règles du langage, parle sans déformer les mots.[35]

Le retard du langage peut être dû à une atteinte auditive, à une atteinte neurologique (épilepsie, tumeur cérébrale, AVC, traumatisme crânien), à un retard global du développement, associé à des retards dans d'autres domaines (moteurs, acquisition sphinctérienne, déficit cognitif), à un trouble envahissant du développement ou un simple manque de stimulation environnemental. En l'absence de cause retrouvée, on dit que l'enfant souffre d'un trouble spécifique du développement du langage ou trouble fonctionnel du langage : l'enfant a alors un décalage chronologique dans son développement du langage : à 3 ans, par exemple, il a le langage d'un enfant de 2 ans. [36]

Plusieurs tests du langage sont recommandés par la commission des experts :

Entre 3 et 4 ans :

-*DPL3* (Dépistage et Prévention Langage à 3 ans). Le test peut durer de quelques minutes à 30 minutes, selon l'enfant.

-*QLC* (Questionnaire Langage et Comportement). **Il nécessite une formation préalable.** C'est un test conçu pour les enseignants, nécessitant une bonne connaissance et une observation prolongée de l'enfant. Le test dure entre 30 et 60 minutes.

Autour de 4 ans :

-*ERTLA* (Épreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans) : cet outil est conçu pour les médecins. Il est de simple de présentation dure 5 minutes et peut être intégré à une consultation médicale.

A l'entrée en CP :

-*ERTLA6* (Épreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans). Le test dure en moyenne 20 minutes et peut être réalisé en consultation médicale.

-*BSEDS* (Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité) **Nécessite une formation préalable**). Ce test est conçu pour les enseignants, les psychologues scolaires, les médecins scolaires. La durée de passation est de 1 heure.

Entre 4 et 9 ans

-*BREV* (Batterie Rapide d'Évaluation des fonctions cognitives). Ce test est conçu pour les médecins et **nécessite une formation préalable**. La passation dure 30 minutes. Ce test explore le langage oral, les fonctions cognitives non-verbales, l'attention, la mémoire, les apprentissages scolaires.

Parmi les tests recommandés par la commission d'experts, trois sont particulièrement adaptés à la pratique médicale de ville et ne nécessitent pas de formation préalable : le DPL3 (entre 3 et 4 ans), l'ERTL4 (autour de 4 ans) et l'ERTLA6 (à l'entrée en CP). [37]

5) Efficacité de la ROSP en France

De 2017 à 2022, la somme versée par l'assurance maladie au titre de la ROSP du médecin traitant adulte atteint les 1.6 milliards d'euros. On peut s'interroger si ce dispositif coûteux a vraiment un impact sur les indicateurs ciblés.

Selon les résultats publiés par la CNAM en avril 2023, la ROSP encourage les médecins à s'investir fortement pour faire évoluer individuellement et collectivement leurs pratiques en matière de prévention et de santé publique. 5 indicateurs ont eu une progression importante entre décembre 2017 et décembre 2022 : + 7.2 points pour la vaccination antigrippale des personnes de 65 ans et plus, - 6.3 points pour l'indicateur d'antibiorésistance, - 8.9 points pour l'antibiothérapie chez les personnes de 16 à 65 ans sans ALD et + 5.0 points pour le dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus. [38]

Indicateurs		Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Résultats à fin déc. 2019	Résultats à fin déc. 2020	Résultats à fin déc. 2021	Résultats à fin déc. 2022	Evol. en points 2021 - 2022
PREVENTION	Grippe								
	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	52,9%	52,9%	55,3%	56,4%	64,2%	61,2%	60,1%	-1,1
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	31,2%	31,2%	33,3%	34,9%	40,9%	37,0%	33,6%	-3,5
	Dépistage des cancers								
	Dépistage du cancer du sein	67,3%	66,1%	66,4%	66,2%	63,2%	63,4%	64,6%	1,2
	Dépistage du cancer du col	56,9%	56,8%	56,1%	55,0%	53,4%	53,7%	54,6%	0,9
	Dépistage du cancer colorectal	22,9%	29,1%	28,1%	30,8%	30,5%	34,3%	35,6%	1,4
	Iatrogénie médicamenteuse								
	Patient âgé sous psychotropes	5,3%	5,0%	4,8%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	-0,1
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	41,0%	40,9%	42,4%	41,0%	42,9%	43,7%	43,2%	-0,5
Traitement par benzodiazépine anxiolytique	15,1%	15,0%	14,8%	14,3%	15,0%	15,2%	14,4%	-0,8	
Antibiothérapie									
Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	39,5	36,1	35,8	32,9	24,3	23,3	27,2	3,8	
Antibiorésistance	43,2%	39,5%	36,9%	34,7%	34,7%	34,4%	33,2%	-1,1	
SUIV DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète								
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	79,0%	78,7%	79,4%	79,7%	76,9%	78,9%	78,4%	-0,5
	Fond d'œil chez le diabétique	62,9%	62,0%	65,8%	68,1%	67,0%	67,0%	68,6%	1,6
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	31,0%	34,9%	40,9%	43,4%	42,5%	42,2%	43,3%	1,1
	HTA								
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	7,0%	9,0%	22,3%	24,8%	24,6%	25,4%	27,4%	1,9
	Risque cardio-vasculaire								
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	44,2%	43,6%	43,7%	43,9%	44,1%	44,9%	45,8%	0,8
	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	79,0%	80,2%	85,5%	84,1%	80,4%	79,8%	77,5%	-2,3
	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)								
Statine dans le répertoire des génériques	90,3%	90,7%	98,1%	97,0%	95,4%	93,5%	90,8%	-2,7	
Antihypertenseur dans le répertoire des génériques	86,5%	88,5%	92,7%	95,3%	93,3%	94,7%	95,8%	1,1	
Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	47,1%								
Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	78,9%								
Indicateurs neutralisés									
Autres traitements dans le répertoire des génériques	47,1%	62,2%	62,3%	64,7%	61,0%	59,8%	65,6%	5,7	
Biosimilaires de l'insuline glargine	0,2%	2,8%	9,1%	19,7%	26,8%	32,6%	38,6%	6,0	
Efficience des prescriptions									
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			30,9%	30,1%	30,8%	32,0%	30,8%	-1,8	
Traitement par ézétimibe			11,0%	12,0%	13,5%	15,4%	18,2%	2,8	
Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine	87,2%	87,9%	88,4%	88,9%	89,2%	89,7%	90,2%	0,5	
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	80,6%	81,4%	82,3%	83,0%	83,6%	83,6%	81,8%	-1,8	
Hormonémies thyroïdiennes	86,7%	89,1%	90,7%	91,0%	91,1%	91,0%	90,9%	-0,1	

Décroissants

Dec

Tableau 3 : Résultats nationaux de la ROSP médecin traitant adulte de 2016 à 2022

6) Problématique et objectifs

Chaque année, la caisse nationale de l'assurance maladie publie un communiqué de presse des résultats nationaux des ROSP montrant l'évolution des pratiques d'une année à une autre, cependant les chiffres des indicateurs déclaratifs ne figurent pas dans ces tableaux. Cette thèse sera dédiée à ces indicateurs déclaratifs pour lesquels les résultats ne sont pas représentés. Nous nous interrogerons sur l'amélioration des pratiques suscitée par les indicateurs déclaratifs de la ROSP, puis nous identifierons les freins à leurs réalisations et enfin, nous recueillerons l'avis des médecins concernant la pertinence ces indicateurs.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, quantitative et transversale réalisée à partir de questionnaire anonyme auprès des médecins généralistes Picards.

2) Population étudiée et échantillonnage

La population étudiée est représentée par les médecins généralistes libéraux installés dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme. Au début de l'étude, en février 2023, la Picardie affichait 2 236 médecins généralistes en activité sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dont 488 dans l'Aisne (22%), 813 dans l'Oise (35%) et 935 dans la Somme (43%).

La taille de l'échantillon pour que l'étude soit représentative de la population étudiée est calculée à 328 avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%.

Le recrutement des 328 médecins a été effectué de manière aléatoire via l'annuaire du CNOM proportionnellement au nombre de médecins dans chaque département. 72 médecins en plus ont été tirés au sort pour pallier les non-répondeurs. Au total, 400 questionnaires ont été envoyés, dont 88 dans l'Aisne, 140 dans l'Oise et 172 dans la Somme.

Ensuite, le questionnaire a été dématérialisé et publié à l'aide de Google Forms dans le groupe PICAGJIR (Union Picarde des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants) du réseau social Facebook afin d'obtenir plus de réponses.

Critères d'inclusion

Ont été sélectionnés de manière aléatoire les médecins généralistes installés.

Critères de non-inclusion

Ont été exclus de l'étude : les médecins non installés, les médecins du service médical de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), les médecins de la Protection maternelle et infantile (PMI), les médecins hospitaliers, les médecins de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), les médecins des centres medico-scolaire, les médecins de l'Établissement Français du Sang (EFS), les médecins du conseil départemental et les médecins d'Établissement

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) car ils ne sont pas concernés par la ROSP.

3) Questionnaire utilisé

Questionnaire papier : Le questionnaire était anonyme et comportait 26 questions. Une lettre explicative ainsi qu'une enveloppe préimprimée pour le retour du questionnaire ont été jointes au courrier postal.

Questionnaire par voie dématérialisée : le même questionnaire a été publié sur le groupe Facebook PICAGJIR pour pallier le manque de réponse de la version papier.

La première partie du questionnaire a permis d'avoir une description démographique de la population : sexe, âge, lieu d'installation, nombre d'années d'installation, mode d'exercice, mode de fonctionnement du cabinet, durée moyenne de la consultation.

La deuxième partie a identifié la modification de la pratique avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant adulte et les freins qui ne permettent pas de les réaliser.

La troisième partie a étudié la modification de la pratique avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant de l'enfant et les freins qui ne permettent pas de les réaliser.

La quatrième partie a évalué l'avis des médecins généralistes sur la pertinence et l'intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP.

4) Période

Les questionnaires papiers ont été envoyés par voie postale le 18 février 2023. Le questionnaire en ligne a été publié sur le groupe PICAGJIR le 28 février 2023.

La date de clôture du recueil a été fixée au 31 mai 2023, soit 2 mois et demi après l'envoi des questionnaires.

5) Recueil des réponses et analyse statistique

La base de données a été créée avec le tableur Excel et les analyses statistiques ont été traitées avec le logiciel R (version 4.3). Une analyse descriptive a été effectuée pour chaque item du

questionnaire. Les résultats sont présentés sous la forme de moyenne et d'écart-type pour les données quantitatives, et sous la forme d'effectif et de pourcentage pour les données qualitatives. Afin d'étudier une différence de réalisation des objectifs ROSP selon l'âge, le genre, le mode d'exercice, le lieu d'installation, le type et la durée de consultation, nous avons utilisé le test du Chi2 pour comparer les items deux par deux lorsque les variables étaient qualitatives, et le test de Student lorsque les variables étaient quantitatives. Les tests étaient considérés comme significatifs lorsque la p-valeur était inférieure à 0.05.

III. RÉSULTATS

Parmi les 400 questionnaires envoyés par voie postale :

-3 enveloppes ont été renvoyées par la poste pour erreur d'adresse.

-149 réponses ont été retournées, dont 135 exploitables. Les 14 autres réponses étaient des médecins retraités. (site du CNOM probablement pas à jour)

-248 étaient non répondeurs.

Le questionnaire en ligne a eu 22 réponses toutes exploitables.

Au total : 157 réponses exploitables ont été recueillies.

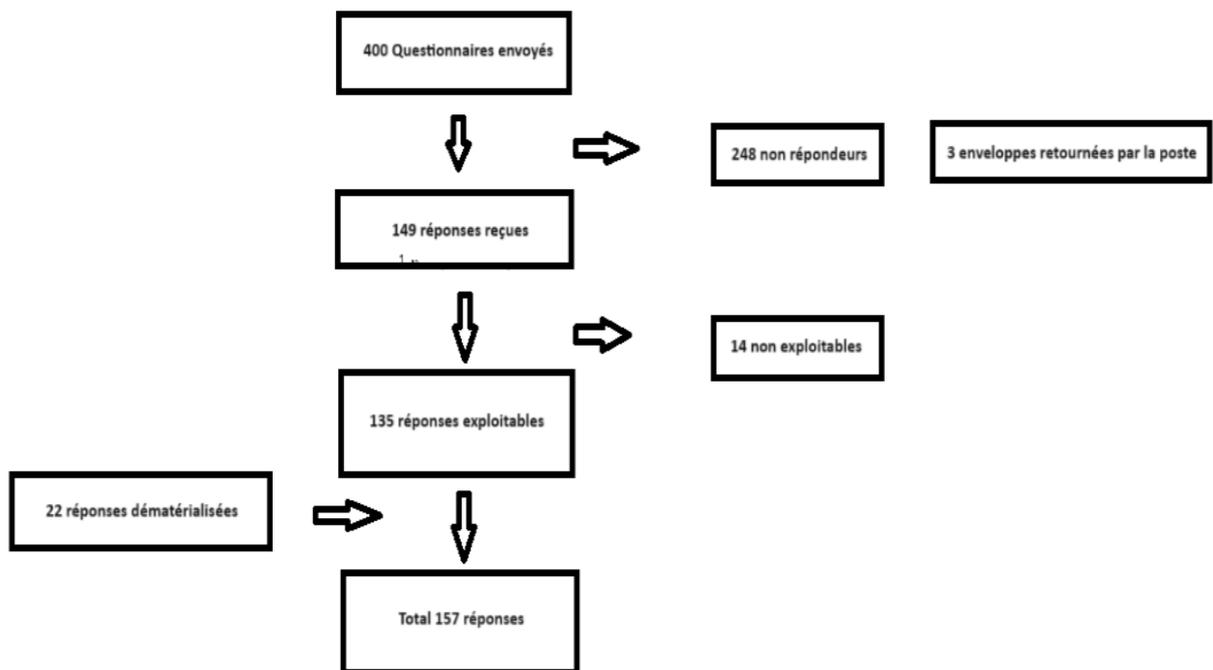


Figure 3 : Diagramme des réponses reçues

1) Caractéristiques de la population

Genre : 54.8% des médecins qui ont répondu étaient des hommes et 45.2% des femmes.

Âge : Ils étaient assez répartis sur l'âge : 1.3% avait moins de 30 ans, 8.9% avaient entre 31 et 40 ans, 23.5% avaient entre 41 et 50 ans, 17.2% avaient entre 51 et 60 ans, 27.4% avaient entre 61 et 67 ans et 21.7% avaient plus de 67 ans.

Lieu d'installation : Ils exerçaient principalement en milieu semi-rural (39.5%). 31.8% exerçaient en milieu urbain et 28.7% en milieu rural.

Mode d'exercice : La majorité des médecins répondants étaient en cabinet individuel (43.9%). 38.9% étaient en cabinet de groupe et seulement 17.2% en maison de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Nombre d'années d'installation : La plupart des médecins répondants étaient installés depuis plus de 30 ans (44.6%),

Mode de fonctionnement : Ils consultaient essentiellement sur rendez-vous (93%),

Durée de la consultation : La durée d'une consultation était principalement entre 15 et 20 minutes (58%).

Genre	
Homme	86 (54.8%)
Femme	71 (45.2%)
Age	
<30ans	2 (1.3%)
Entre 31 et 40 ans	14 (8.9%)
Entre 41 et 50 ans	37 (23.5%)
Entre 51 et 60 ans	27 (17.2%)
Entre 61 et 67 ans	43 (27.4%)
> 67 ans	34 (21.7%)
Lieu d'installation	
Rural	45 (28.7%)
Semi Rural	62 (39.5%)
Urbain	50 (31.8%)
Mode d'exercice	
Cabinet de groupe	61 (38.9%)
Cabinet individuel	69 (43.9%)
MSP	27 (17.2%)
Nombre d'années d'installation	
<5 ans	14 (8.9%)
Entre 5-10 ans	13 (8.3%)
Entre 10- 20 ans	34 (21.6%)
Entre 20-30 ans	26 (16.6%)
> 30 ans	70 (44.6%)
Mode de fonctionnement	
Essentiellement sur RDV	146 (92.9%)
Consultation libre	14 (8.9%)
Durée consultation	
<10 minutes	2 (1.3%)
10-15 minutes	52 (33.1%)
15-20 minutes	91 (58.0%)
> 20 minutes	12 (7.6%)

Tableau 4 : Caractéristiques de la population étudiée (n=157)

2) Modification des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant adulte

Prévention du pied diabétique :

Concernant l'examen annuel des pieds des patients diabétiques, les médecins ne se déclaraient pas particulièrement encouragés par la rémunération prévue par les ROSP puisque 75.2%

d'entre eux réalisaient l'examen du pied diabétique aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP. Seulement 24.8% étaient motivés par la ROSP.

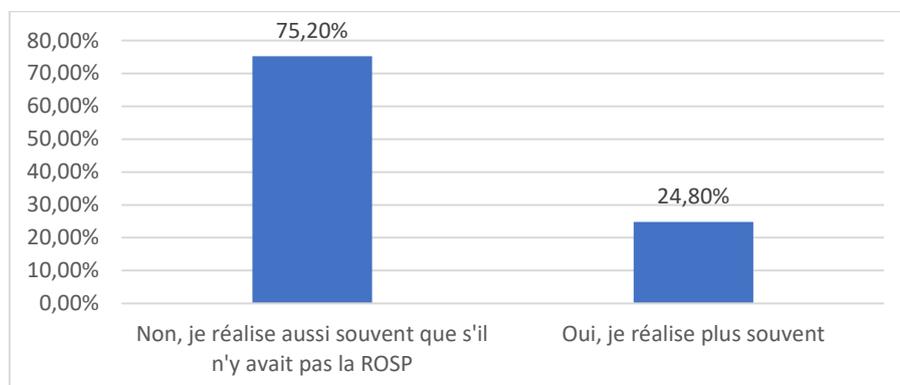


Figure 4 : Modification de la pratique pour la prévention du pied diabétique avec la ROSP (n=157)

Le principal frein était le manque de temps (62.4%). 11 médecins ont cité d'autres freins à l'examen des pieds diabétiques :

- 3 médecins disaient ne pas réaliser à cause du port de chaussettes de contention
- 4 médecins ont évoqué le refus ou la réticence des patients
- 4 médecins ont mentionné le défaut d'hygiène des pieds des patients

Dans les réponses autres, 5 médecins déléguaient l'examen des pieds diabétiques aux podologues et aux infirmier(e)s ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe).

La ROSP encourage l'examen du pied diabétique	
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	118 (75.2%)
Oui, je réalise plus souvent	39 (24.8%)
Freins à l'examen du pied diabétique	
Manque de temps	98 (62.4%)
Autres :	16 (10.2%)

Tableau 5 : État des lieux de la prévention du pied diabétique dans le contexte de la ROSP et freins à sa réalisation

Évaluation du risque cardio-vasculaire avant la prescription d'une statine :

72% des médecins déclaraient calculer le risque cardiovasculaire en consultation, mais n'y étaient pas encouragés par les ROSP (85%). Seulement 15% étaient motivés par la ROSP.

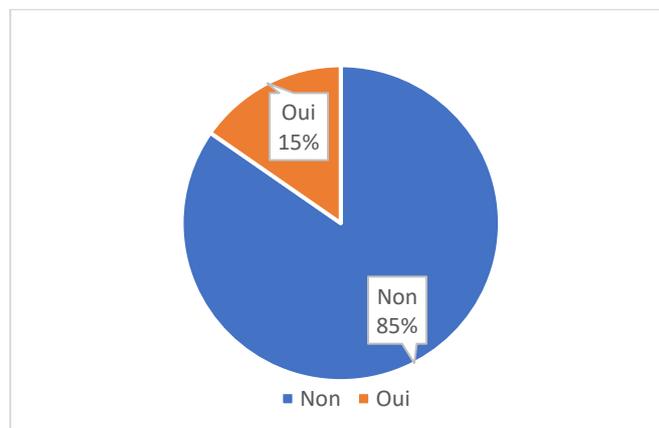


Figure 5 : Modification de la pratique pour le calcul du risque cardiovasculaire avec la ROSP

Les médecins ne calculant pas ce score déclaraient dans 19.6% des cas faire confiance à leur expérience, dans 9.5% ne pas connaître les scores, et dans 8.9% ne pas avoir le temps.

2 médecins qui ne calculaient pas le risque cardio-vasculaire selon les recommandations ont affirmé que le scorage ne suffisait pas à juger de la pertinence du traitement. Plusieurs éléments devaient entrer en compte dans la décision de prescription d'une statine tel que l'habitus du patient, son adhésion éventuelle, ses préférences.

Calcul risque cardiovasculaire avant de prescrire une statine	
Oui	113 (72%)
Non	44 (28%)
La ROSP contribue au calcul risque cardio-vasculaire	
Non	111 (84.7%)
Oui	20 (15.3%)
Les freins au calcul risque du risque cardio-vasculaire	
Je ne connais pas les scorages	15 (9.5%)
Je me fie à mon expérience	31 (19.6%)
Je n'ai pas assez de temps	14 (8.9%)
Autres raisons :	2 (1.3%)

Tableau 6 : Calcul du risque cardio-vasculaire dans le cadre de la ROSP et freins à sa réalisation.

Intervention brève pour le tabac et l'alcool :

Concernant l'intervention brève, le tabac et l'alcool, les médecins déclaraient ne pas être encouragés par les ROSP dans 85.4 et 81.5% des cas.

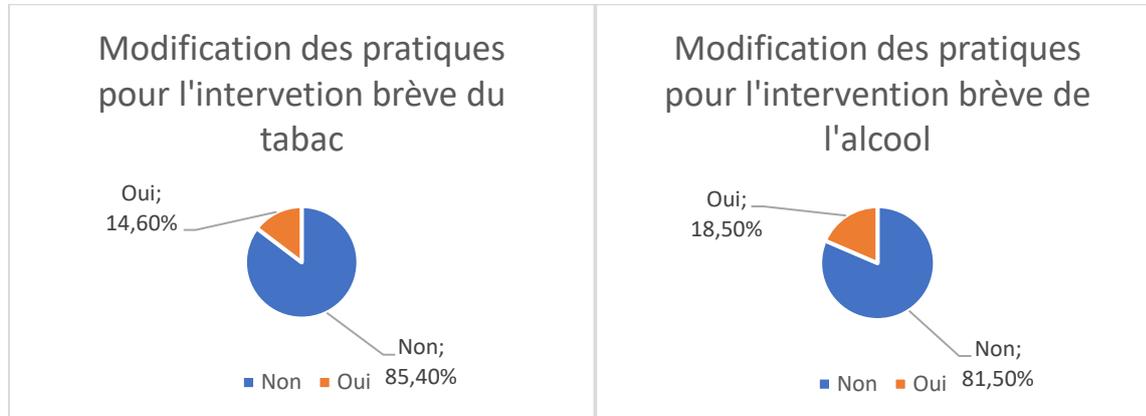


Figure 6 : Modification des pratiques pour l'intervention brève du tabac et de l'alcool avec la ROSP (n=157)

La principale raison de non-intervention pour l'alcool et le tabac était le manque de temps (30%).

Les autres freins à la réalisation de l'intervention brève pour le tabac énoncés sont :

- L'oubli (12%)
- L'appréhension de la réaction du patient qui peut se sentir jugé par la question (3.2%)
- L'inefficacité de l'intervention (10 réponses dans autres). Certains jugeaient l'intervention inutile car « le chemin vers l'arrêt du tabac est individuel », d'autres trouvaient que les interventions étaient répétées, mais que les patients sont réfractaires et non motivés.
- Le contexte de consultation n'est pas toujours adapté pour discuter du tabagisme. (1 réponse dans autres)

Les autres freins à la réalisation de l'intervention brève pour l'alcool évoqués sont :

- L'oubli (6.3%)

-L'appréhension de la réaction du patient qui peut se sentir jugé par la question (13.3%). Dans les réponses « autres », un médecin a fait la remarque que l'alcool est un sujet encore tabou et qu'il est plus difficile d'en parler en comparaison avec le tabac.

-Le déni fréquent de la consommation par le patient (3 réponses dans autres)

-La connaissance de la patientèle (1 réponse dans autres)

-L'inefficacité de l'intervention par manque de motivation du patient (4 réponses dans autres)

-La difficulté d'aborder le problème quand le patient vient pour un autre motif (2 réponses)

La ROSP incite à réaliser l'intervention brève du tabac	
Non	134 (85.4%)
Oui	23 (14.6%)
Freins à l'intervention brève du tabac	
Manque de temps	53 (33.5%)
Je n'y pense pas	19 (12.0%)
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	5 (3.2%)
Autre raison	11 (7.0%)
La ROSP incite à réaliser l'intervention brève de l'alcool	
Non	128 (81.5%)
Oui	29 (18.5%)
Freins à l'intervention brève de l'alcool	
Je n'y pense pas	10 (6.3%)
Manque de temps	50 (31.6%)
Autre raison	11 (7.0%)
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	21 (13.3%)

Tableau 7 : Réalisation et freins de l'intervention brève pour le tabac et l'alcool dans le cadre de la ROSP

3) Modification des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant enfant

Prévention de l'obésité :

84.6% des médecins déclaraient ne pas être encouragés par la ROSP pour calculer la courbe de corpulence. Seulement 15.4% sont motivés par la ROSP.

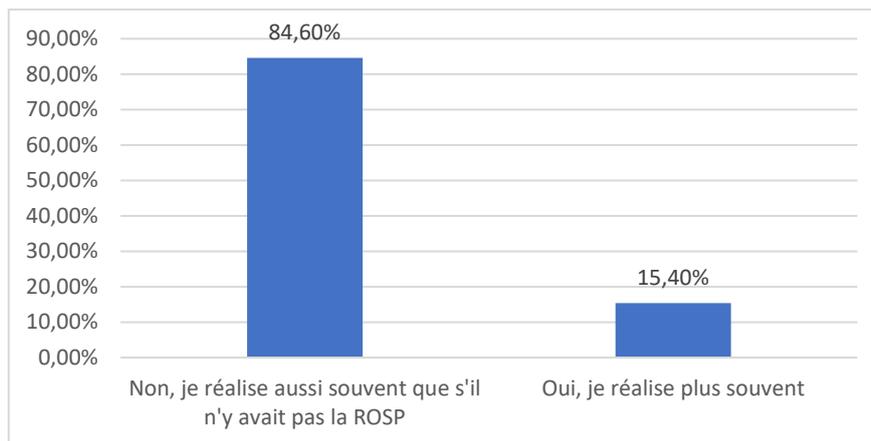


Figure 7 : Modification des pratiques pour le traçage de la courbe de corpulence avec la ROSP

Le principal frein cité à la réalisation de la courbe de croissance est l'oubli du carnet de santé (3 réponses dans autres).

La ROSP encourage à tracer la courbe de corpulence	
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	132 (84.6%)
Oui, je réalise plus souvent	24 (15.4%)
Freins au traçage de la courbe de corpulence	
A calculer	1 (0.6%)
Oubli du carnet de santé	3 (1.9%)

Tableau 8 : État des lieux et freins du traçage de la courbe de corpulence dans le cadre de la ROSP

Dépistage des troubles visuels et auditifs :

70.7% des médecins déclaraient rechercher des troubles visuels et auditifs chez les enfants de moins de 12 mois, mais ils ne sont pas particulièrement encouragés par la ROSP dans 85.3% des cas.

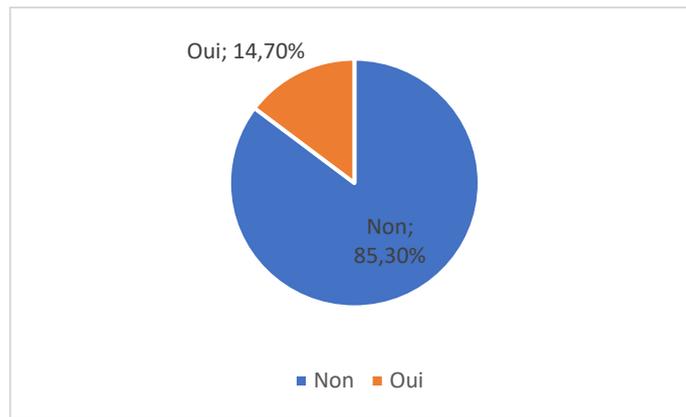


Figure 8 : Modification des pratiques pour le dépistage des troubles visuels et auditifs avec la ROSP

Le principal frein cité est le manque de formation (20.3%).

Les autres freins cités sont :

-Le manque de temps (15.2%)

-La non-valorisation de l'acte (1 réponse autre)

5 médecins déclaraient ne pas réaliser le dépistage des troubles visuels et auditifs, car ils ont très peu de nourrissons dans leur patientèle, 1 médecin déléguait la tâche à une infirmière ASALEE et 8 médecins considéraient que c'est une affaire de spécialiste.

Dépistage trouble visuel et auditif chez les patients de 4-12 mois	
Non	46 (29.3%)
Oui	111 (70.7%)
La ROSP rend plus attentif au dépistage des troubles visuels et auditifs	
Non	133 (85.3%)
Oui	23 (14.7%)
Freins au dépistage des troubles visuels et auditifs	
Manque de temps	24 (15.2%)
Manque de formation	32 (20.3%)
Autre raison	15 (9.5%)

Tableau 9 : Dépistage des troubles visuels et auditifs chez les 4-12 mois et freins à leur réalisation dans le cadre de la ROSP

Dépistage des troubles du langage :

Les troubles du langage avant 5 ans étaient moins dépistés (35%), mais pas encouragé par la ROSP (85%).

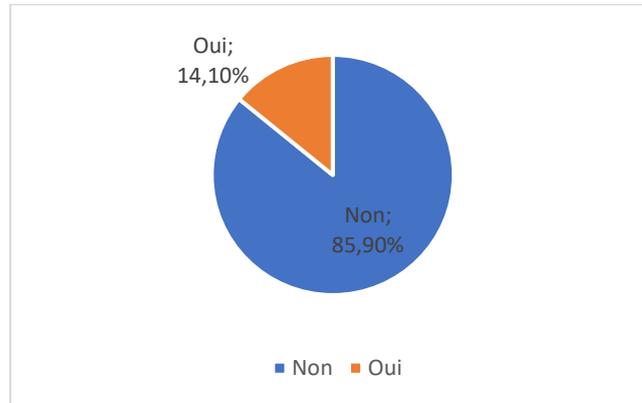


Figure 9 : Modification des pratiques pour le dépistage des troubles du langage avec la ROSP (n=157)

Les principaux freins sont le manque de formation (45.5%) et de temps (33.12%).

Les autres freins mentionnés sont :

- Le coût du matériel de dépistage des troubles du langage (6 réponses)
- L'absence de consultation et de cotation dédiée (4 réponses)

Certains médecins n'effectuaient pas le dépistage au cabinet, mais adressaient l'enfant aux spécialistes si besoin (2 réponses), aux orthophonistes à la demande des parents (6 réponses), ou bien déléguaient la tâche à l'infirmière ASALEE (1 réponse). 2 médecins ont mentionné que le dépistage est fait à l'école.

Réalisation du dépistage des troubles du langage chez les patients entre 3-5 ans	
Non	101 (64.3%)
Oui	56 (35.7%)
La ROSP encourage la réalisation du dépistage des troubles du langage	
Non	135 (85.9%)
Oui	22 (14.1%)
Freins au dépistage des troubles du langage	
Manque de temps	52 (33.12%)
Manque de formation	72 (45.5%)
Autre	21 (13.3%)

Tableau 10 : Réalisation et frein au dépistage de troubles du langage dans le cadre de la ROSP.

4) Pertinence et intérêts des indicateurs déclaratifs de la ROSP

Les avis étaient partagés concernant la pertinence des indicateurs déclaratifs de la ROSP : ceux jugés les plus pertinents étaient l'examen annuel des pieds de patients diabétiques (42.6%), le calcul du risque cardiovasculaire (39.4%) et le traçage de la courbe de corpulence (38.2%).

31.8% trouvaient l'intervention du tabac pertinent, 24.2% pour l'intervention brève de l'alcool, 33.1% pour le dépistage des troubles visuels, 24.8% pour le dépistage des troubles du langage.

Toutefois, 39.4% des médecins déclaraient qu'aucun indicateur n'était pertinent.

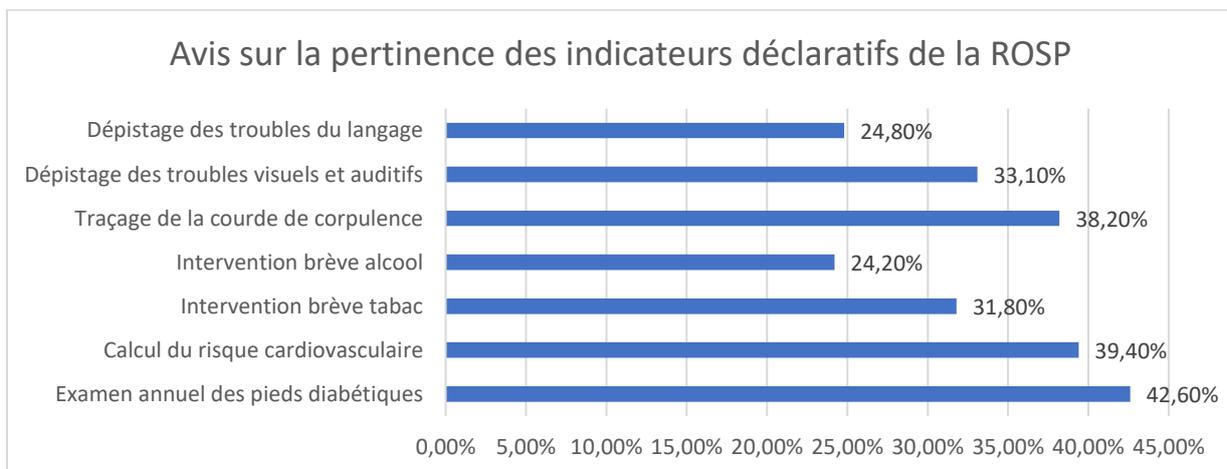
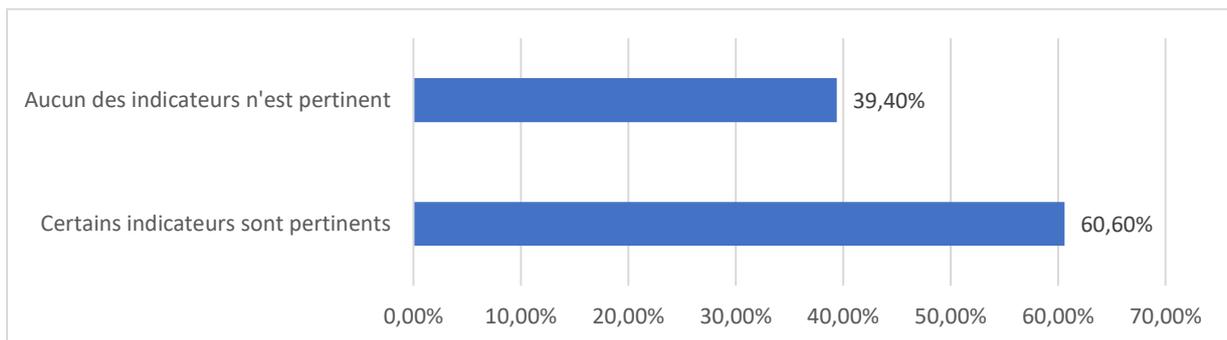


Figure 10 : Avis sur la pertinence des indicateurs déclaratifs de la ROSP

Concernant l'avantage de la ROSP, la majorité des médecins y voyaient d'abord un intérêt financier (46.5%). Seulement 21.6% pensaient que les indicateurs améliorent la pratique. Enfin, 42 % des médecins interrogés trouvaient qu'il n'y avait aucun intérêt.

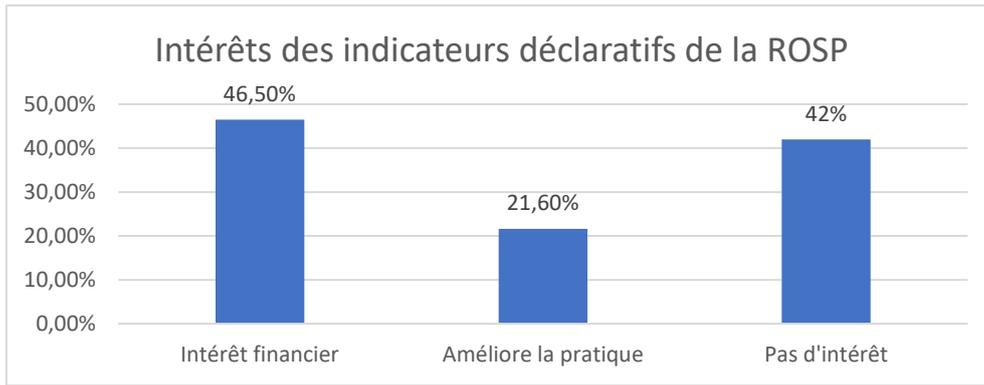


Figure 11 : Intérêts des indicateurs déclaratifs de la ROSP

5) Analyse statistique selon le genre

Nous avons effectué une comparaison des réponses selon le genre. Les résultats de cette analyse comparative sont retrouvés dans le tableau en Annexe 3.

Il a été constaté qu'il n'y a pas eu de différence de pratique sur les objectifs déclaratifs de la ROSP selon le genre, en dehors du dépistage des troubles du langage qui était plus encouragé par les ROSP chez les hommes (20% vs 7% avec $p=0.02$). Concernant la pertinence et l'intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP, les hommes trouvaient l'intervention brève de l'alcool plus pertinente que les femmes (30.2% vs 16.2% avec $p=0.05$), tandis que les femmes déclaraient plus souvent ne trouver aucun critère pertinent (47.9% vs 31.4% avec $p=0.03$) et n'y voyaient pas d'intérêt (50.7% vs 33.7% avec $p=0.03$).

6) Analyse statistique selon l'âge

Nous avons réalisé une comparaison des réponses selon l'âge des médecins. Les résultats de cette analyse sont dans le tableau en Annexe 4.

Concernant l'amélioration des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP, les médecins âgés de plus de 50 ans étaient plus motivés par la ROSP pour l'examen annuel du pied diabétique ($p=0.04$), pour l'intervention brève du tabac ($p=0.05$) et pour le traçage de la courbe de corpulence ($p=0.04$). Ils se fiaient plus à leurs expériences pour l'évaluation du risque cardiovasculaire avant la prescription de statines ($p=0.05$). Pour la pertinence des indicateurs déclaratifs de la ROSP, cette même tranche d'âge trouvait plus pertinents l'examen annuel du

ped diabétique ($p=0.03$) et le calcul du risque cardiovasculaire avant de prescrire une statine ($p<0.01$).

Les plus jeunes déclaraient quant à eux manquer de temps pour l'intervention brève de l'alcool ($p=0.04$) et trouvaient qu'aucun indicateur déclaratif de la ROSP n'était pertinent ($p=0.01$)

7) Analyse statistique selon le mode d'exercice

Nous avons voulu connaître si le mode d'exercice en cabinet de groupe, en cabinet individuel ou en MSP pouvait influencer la pratique et l'avis des médecins généralistes picards sur la pertinence et l'intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP. Les résultats de l'analyse statistique selon le mode d'exercice est retrouvé dans le tableau en Annexe 5.

Les médecins en MSP citaient plus souvent d'autres raisons de ne pas réaliser l'examen du pied que les médecins en cabinet individuel et en cabinet de groupe ($p=0.03$) du fait de la présence de podologue ou d'infirmière ASALEE dans la MSP.

Les praticiens en cabinet individuel déclaraient moins souvent un manque de temps pour l'intervention brève sur l'alcool que les autres praticiens ($p=0.02$).

La ROSP encourageait plus souvent les praticiens en MSP pour le dépistage des troubles du langage ($p=0.05$).

8) Analyse statistique selon le lieu d'installation et le type de consultation

La comparaison des réponses selon le lieu d'installation (rural, semi-rural ou urbain) et le type de consultation (consultation libre, essentiellement sur rendez-vous) n'a pas montré de différence significative sur l'amélioration des pratiques avec les indicateurs déclaratifs de la ROSP ni sur l'avis des médecins sur l'intérêt et la pertinence de ces indicateurs. Les tableaux détaillant les résultats se trouvent en Annexe 6 et 7.

9) Analyse statistique selon la durée de la consultation :

Nous avons voulu évaluer si la durée de la consultation pouvait influencer la réalisation des objectifs déclaratifs de la ROSP. Les résultats de l'analyse sont dans le tableau de l'Annexe 8.

Il a été constaté que le calcul du risque cardiovasculaire était plus souvent réalisé dans les consultations entre 10 et 20 minutes ($p=0.05$) par rapport aux consultations plus courtes inférieures à 10 minutes. La ROSP encourageait la réalisation de la courbe de corpulence ($p<0.01$) et le dépistage des troubles du langage ($p=0.04$) chez les médecins avec une durée de consultation inférieure à 10 minutes.

IV. DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude

a) Forces de l'étude

Un des points forts de notre étude était sa pertinence, car les résultats des indicateurs déclaratifs de la ROSP ne sont pas publiés avec les résultats nationaux de la ROSP calculés automatiquement sur la base des données du système national des données de santé (SNDS). Par ailleurs, il n'y a pas eu d'étude qui s'est intéressée uniquement à ces items déclaratifs. Enfin, la rémunération des médecins généralistes est un réel sujet d'actualité.

En ce qui concerne la méthodologie de l'étude, le questionnaire anonyme a permis d'obtenir des réponses plus représentatives de la pratique réelle.

b) Limites de l'étude

Bien que des enveloppes préimprimées ont été jointes au questionnaire pour favoriser son retour, nous avons eu un faible taux de réponse de 37.25% (149 réponses sur 400 questionnaires envoyés). Les questionnaires anonymes ne donnaient pas la possibilité de relance des médecins non-répondants pour les inciter à renvoyer le questionnaire. Deux options auraient pu améliorer la puissance de l'étude : la première était d'augmenter le nombre de questionnaires envoyés, mais le coût des enveloppes et timbres est un facteur limitant notable de cette option. La deuxième était de diffuser le questionnaire en voie dématérialisée par mail à tous les médecins du Conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Oise, de l'Aisne et de la Somme, cependant ces derniers n'ont pas souhaité de communiquer les adresses mail pour cause de protection de données personnelles.

Par ailleurs, les médecins répondants du questionnaire en ligne n'étaient pas tirés au sort, mais des volontaires. Il existe de ce fait un biais de sélection.

2) Divergence des résultats obtenus dans l'étude par rapport aux résultats nationaux de la ROSP publiés par l'assurance maladie, comparaison avec d'autres études

Les résultats de notre étude a montré que les indicateurs déclaratifs de la ROSP modifiaient peu la pratique des médecins. Seulement 24.8% étaient motivés par la ROSP pour l'examen annuel du pied diabétique, 15% pour l'évaluation du risque cardiovasculaire avant la prescription de statine et pour l'intervention brève du tabac, 18.5% pour l'intervention brève de l'alcool, 15.4% pour le traçage annuel de la courbe de corpulence chez les moins de 16 ans, 14.7% pour le dépistage des troubles visuels et auditifs chez les nourrissons entre 4 et 12 mois et 14% pour le dépistage des troubles du langage chez les 3 à 5 ans.

Selon un ouvrage de Cashin.C qui utilise un ensemble important d'études de cas provenant de 12 pays de l'OCDE, les preuves selon lesquelles le P4P améliore la qualité des processus de soins de santé ou améliore les résultats en matière de santé sont limitées [39]. Un autre résultat d'étude rétrospective sur des données de statistique de mortalité de la population entre 1994 et 2010 réalisé au Royaume-Uni qui possède le plus grand programme de P4P au monde ne retrouve pas non plus de changement significatif de la mortalité en lien avec le P4P. [40]

Pourtant, dans son communiqué de presse d'avril 2023, l'assurance maladie prône l'orientation vers la hausse de la majorité des indicateurs de la ROSP et conclut l'amélioration globale des objectifs de santé publique et l'investissement des médecins dans ce domaine. [38]

Dans notre étude, nous avons constaté que 72% des médecins calculaient le risque cardiovasculaire avant la prescription de statine, 70.7% dépistaient les troubles visuels et auditifs chez les patients entre 4-12 mois. Les résultats de la réalisation de la ROSP reflétés par l'assurance maladie ainsi que les résultats dans notre étude pourraient être la conséquence d'une motivation intrinsèque, c'est-à-dire une motivation liée à l'activité professionnelle en elle-même [41] et/ou au respect d'une norme ou d'une éthique professionnelle [42,43]. Ainsi, on peut penser que les médecins réalisent ces indicateurs par conscience professionnelle, par le suivi de recommandations scientifiques et non pas systématiquement à cause de l'incitation financière de la ROSP.

3) Les freins à la réalisation des items déclaratifs de la ROSP, quelles solutions ?

Les principaux freins cités dans notre étude étaient le manque de temps (pour l'examen annuel du pied diabétique, l'intervention brève pour le tabac et l'alcool) et le manque de formation (pour le dépistage des troubles visuels et auditifs chez les 4- 12 mois et le dépistage des troubles du langage chez le 3-5 ans).

Le manque de temps

Le manque de temps chez les médecins n'est pas surprenant. Depuis des dizaines d'années, plusieurs réflexions ont déjà eu lieu et des solutions proposées pour essayer de pallier ce problème :

-augmenter le nombre de médecins pour que chaque médecin puisse avoir suffisamment de temps pour la prise en charge optimale de sa patientèle :

La pénurie de médecins est plus que jamais d'actualité puisque la densité de médecins en France est de 339 pour 100 000 habitants contre 347 en moyenne dans l'Union européenne [45,46]. Les effectifs de médecins en France sont en lien avec *numerus clausus*. Cette limitation du nombre de médecins formés chaque année sur le territoire national a été supprimée en 2019 pour augmenter le nombre de médecins. L'effet de cette décision ne se fera ressentir qu'en 2030 puisqu'il faut compter 10 ans d'études pour les généralistes et 10 à 12 ans pour les spécialistes. Cependant, il reste beaucoup à faire sur l'amélioration des capacités d'accueil et de formation des facultés de médecine et des hôpitaux car les effectifs restent tout de même limités par ces 2 facteurs.

-déléguer les tâches aux Infirmier.e.s en Pratique Avancée (IPA) , aux infirmier.e.s Action de Santé Libérale en Équipe (ASALEE) et aux assistants médicaux

Née de la loi de modernisation de notre système de santé 2016, la nouvelle profession d'infirmier.e.s de pratique avancée (IPA) a été mis en place dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de vieillissement de la population contrastant avec la baisse de la démographie médicale. Pour devenir IPA, il faut 3 ans d'expérience et avoir obtenu son diplôme d'État d'IPA reconnu au grade universitaire de master après avoir suivi une formation de 2 ans avec un tronc commun la 1^{re} année et une spécialisation la 2^e année. L'IPA travaille en

collaboration avec le médecin qui lui confie la prise en charge et le suivi de certains patients souffrant de pathologies chroniques stabilisées telles que le diabète et l'insuffisance rénale chronique, ou bien la prévention et les polyopathologies courantes en soins primaires, l'oncologie ou encore la psychiatrie et la santé mentale. Les IPA prescrivent alors pour ces patients confiés des examens complémentaires, demandent des actes de suivi et de prévention ou encore renouvellent ou adaptent, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. La littérature montre l'efficacité de ce système tant sur la satisfaction des patients et l'accès aux soins que sur les résultats obtenus en termes de qualité de soins.[47][48]

ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe) est une association entre médecins généralistes et infirmières déléguées à la santé publique en équipe de soins primaires au service du patient. Le dispositif a été créé en 2004 dans le département des Deux-Sèvres. En 2022, il s'est développé et est présent dans tous les départements de France. La formation est assurée par l'association ASALEE pour les infirmières ayant justifié d'une expérience minimale de 3 ans et désireux de travailler en équipe en tant qu'infirmière ASALEE. Le champ d'intervention de ces dernières est centré sur la prévention et l'éducation thérapeutique du patient. Les infirmières ASALEE rencontrent en consultation les patients diabétiques ou en pré-diabète, les patients ayant des risques cardiovasculaires, les BPCO ou l'asthmatiques, les patients atteints de syndrome d'apnée du sommeil et assurent l'éducation thérapeutique tout en apprenant aux patients à s'approprier et de devenir plus autonome dans la gestion de leur pathologie. Elles peuvent assurer également le repérage des troubles cognitifs, le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids et l'accompagnement au sevrage tabagique. Leur domaine d'intervention permet de décharger le médecin.

Le médecin peut se libérer du temps médical et diminuer le temps administratif grâce à la création d'un nouveau métier relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé en 2019 : l'assistant médical. Ce dispositif a été signé par les syndicats de médecins et l'assurance maladie. Cette dernière verse une aide financière au médecin qui engage un assistant médical en contrepartie d'une augmentation de sa file active. Le médecin détermine selon sa pratique et l'organisation de son cabinet les missions qu'il souhaite lui confier : soutien administratif tel que l'accueil du patient et la création de son dossier informatique, accompagnement lors de la consultation comme l'aide à l'habillage et déshabillage ou bien la

prise de constantes et la mise à jour du dossier du patient, l'organisation et la coordination avec les autres acteurs de santé. [49]

Manque de formation

L'investissement dans la formation initiale des médecins est une clé de la bonne pratique ultérieure : une excellente formation théorique associée à une bonne formation pratique sont des conditions qui doivent être réunies pour garantir la qualité des soins. Des progrès sur ces points sont attendus en France : augmentation de la capacité d'accueil pour les stages hospitaliers, élargissement des choix de terrain de stage, amélioration de l'encadrement.

Après les études, les médecins doivent continuer à se former pour rester à jour sur les dernières avancées médicales et s'adapter aux nouvelles technologies et pratiques pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Pour répondre à cette formation continue, le Développement Professionnel Continu (DPC) a été introduit dans le Code de la santé publique par la loi dite HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) depuis 2009, puis réformé en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé. Il est obligatoire tous les 3 ans et comprend des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation de ses pratiques et de gestion des risques. C'est le ministère chargé de la santé qui définit les orientations prioritaires de DPC afin d'accompagner la politique nationale de santé et d'améliorer la pratique des différentes professions et spécialités. Les ARS peuvent également proposer des orientations régionales qui ne figureraient pas dans les orientations nationales. L'idéal aurait été que des DPC puissent être parallèlement organisés en fonction de la demande des médecins pour qu'ils puissent perfectionner leur connaissance là où ils jugent avoir une faille. L'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) contribue au financement des actions de DPC pour les professionnels de santé libéraux conventionnés en participant aux frais pédagogiques facturés par les organismes de DPC et en indemnisant le médecin au titre de la perte de revenus occasionnée par son absence sur son lieu de travail pendant qu'il se forme. Chaque médecin a un droit de tirage de 21 h annuel.[51][52] Ce nombre d'heure financé peut être augmenté pour permettre plus de formation.

4) Intérêts des indicateurs déclaratifs de la ROSP : qu'en est-il ?

Revenons sur l'objectif premier de la ROSP qui est d'améliorer la pratique. Dans notre étude, il n'y a eu que 21.6% des médecins répondants qui ont validé cette finalité recherchée sur les indicateurs déclaratifs. 42% trouvaient que les indicateurs déclaratifs n'avaient aucun intérêt. La majorité y voyait surtout un avantage financier (46.5%). Un travail de thèse de Coissac L, Merviel N et Picard A intitulé « Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? » rejoint ce même résultat : la ROSP est accueillie comme une revalorisation bienvenue, mais ne répond pas totalement aux problèmes de rémunération et d'amélioration de la pratique en médecine générale. [50] Nous aurions tendance à remettre en question les indicateurs déclaratifs de la ROSP au vu des résultats cependant notre étude manque de puissance par le taux faible de réponse et ne peut être extrapolée. Une étude à grande échelle réalisée indépendamment de l'assurance maladie sur les effets des indicateurs déclaratifs de la ROSP est nécessaire pour évaluer ses effets réels en santé publique et sur la mortalité des patients.

5) Analyse comparative selon le genre, l'âge et la durée de la consultation :

L'analyse statistique selon le genre a montré que les femmes trouvaient les indicateurs déclaratifs de la ROSP non pertinents et sans intérêt. Il est donc cohérent de ne pas avoir trouvé de changement de pratique significatif dans cette population.

L'analyse statistique selon l'âge a montré que les médecins les plus jeunes considéraient qu'aucun indicateur n'était pertinent. Ce résultat peut être expliqué par le caractère récent de leur formation initiale : ils sont à jour avec les recommandations et peuvent juger inadéquat de mettre ces indicateurs déclaratifs dans la ROSP.

L'analyse statistique selon la durée de consultation a montré que la ROSP encourage la réalisation de la courbe de corpulence et le dépistage des troubles du langage ($p=0.04$) chez les médecins ayant une durée de consultation courte. 2 raisons peuvent être discutées :

- Les médecins ayant une durée de consultation inférieure à 10 minutes sont souvent situés dans des zones de déserts médicaux et assurent plus d'actes que la moyenne nationale par jour. Proportionnellement au nombre élevé de suivi pédiatrique qu'ils

doivent réaliser, ils seront amenés à rencontrer plus de cas d'enfants obèses et d'enfants atteints de troubles du langage. Cela peut expliquer le fait que malgré un temps de consultation court, ils sont encouragés par la ROSP pour ne pas omettre ces items. Notons cependant que les tests de langage recommandés durent entre 5 et 30 minutes. Il est possible que ces médecins adaptent les tests selon leur expérience et leur temps disponible.

- Le résultat retrouvé dans notre étude peut être biaisé par le nombre faible de médecins effectuant des consultations inférieures à 10 minutes dans notre étude (1.3% des médecins répondeurs soit n=2).

V. CONCLUSION

Notre étude a montré que les indicateurs déclaratifs de la ROSP n'amélioraient que très modestement la pratique des médecins généralistes picards. Les principaux freins de non-réalisation des indicateurs déclaratifs étaient le manque de temps et de formation. Des solutions ont été mises en place pour résoudre ces problèmes : la suppression du numerus clausus pour augmenter le nombre de médecins formés, mais il y a encore beaucoup à faire sur l'amélioration de la capacité d'accueil des facultés et des hôpitaux pour la formation des futurs médecins. L'autre solution est la délégation de tâche. Elle est en cours de développement en France : une étude dans quelques années permettra de faire le point sur le gain de temps réellement obtenu par les médecins généralistes grâce à ce système. Pour l'amélioration de la formation, le DPC nécessite une adaptation en fonction des besoins de formation des médecins, mais pas uniquement en fonction de l'attente en termes de santé publique. Le nombre d'heures de formation peut également être augmenté. Les avis des médecins ont été mitigés quant à la pertinence des indicateurs déclaratifs, certains trouvaient même qu'aucun indicateur n'était pertinent. Enfin, les résultats de notre travail ont rejoint ce que d'autres études ont déjà montré pour la ROSP en général : les médecins y trouvaient surtout un intérêt financier, peu y trouvaient l'amélioration de pratique alors que c'est la raison principale d'existence du dispositif. La ROSP doit évoluer pour être efficace.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Impact du mode de paiement sur le comportement des médecins de premier recours : une revue systématique. *Politique de J Health Serv Res*6(1):44-55; 2001.
2. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. *Économie & prévision*. 2009;188(2):131-9.
3. Franc C. Rémunération des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques. Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), UMR 1018, Inserm, UPS, université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines P. Descartes, hôpital Paul-Brousse) adsp n° 108; 2019.
4. Sicsic J. Impacts des incitatifs économiques en médecine générale : Analyse des préférences et des motivations des médecins [Internet]. *Économies et finances*. Université Paris Dauphine - Paris IX.; 2015. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01130684>
5. Décision du 30 octobre 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la modification du dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins libéraux conventionnés [Internet]. *JORF n°0294, texte n° 41*; 2018. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/508011/document/decision_uncam_du_30_octobre_2018_modifiant_le_dispositif_de_ropsp.pdf
6. La ROSP du médecin traitant de l'adulte [Internet]. Ameli; 2023. Disponible sur: https://www.ameli.fr/oise/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte#text_65526
7. La ROSP du médecin traitant de l'enfant [Internet]. Ameli; 2023. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/oise/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
8. Haute Autorité de santé HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire: « Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied? » 2014.
9. Brode M. Problèmes de qualité de vie chez les patients atteints de diabète et d'ulcères des membres inférieurs : patients et soignants. *Qual Life Res*. 1998. 7(4):365-72.
10. Fédération française des diabétiques. Et si on retirait une épine du pied des diabétiques? [Internet]. 2017 [cité 25 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.federationdesdiabetiques.org/public/content/1/doc/et-si-on-retirait-une-epine-du-pied-des-diabetiques.pdf>
11. HAS. Évaluation du pied d'un patient diabétique [Internet]. Recommander les bonnes pratiques; 2020. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/pied_de_la_personne_agee_-_fiche_outil_n1_evaluations_du_pied_dun_patient_diabetique.pdf

12. Rorive M, André J.Scheen. Actualités dans la prise en charge du pied diabétique. Rev Med Suisse 2019; 15: 1448-52;
13. Malgrange D. Physiopathologie du pied diabétique. La revue de médecine interne; 2008. 29:S231-S237.
14. Singh N, MD,David G. Armstrong, DPM, MSc, PhD, Benjamin A. Lipsky, MD. Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. JAMA. 12 janv 2005;293(2):217-28.
15. Haute Autorité de santé HAS. Affection podologique et diabète: un suivi pluriprofessionnel [Internet]. 2020 [cité 25 juin 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218144/fr/affection-podologique-diabete-un-suivi-pluriprofessionnel
16. Renucci J-F, El Harake S, Sarlon G. L'essentiel des recommandations 2021 de la Société européenne de cardiologie pour la prévention cardiovasculaire. Que faut-il retenir ? La Presse Médicale Formation. avr 2022;3(2):125-31.
17. Lignes directrices ESC/EAS pour la prise en charge des dyslipidémies : modification des lipides pour réduire le risque cardiovasculaire. Athérosclérose. 2019;(290):140-205.
18. Kownator S, Kinnel M. Recommandations ESC 2019 : Dyslipidémies [Internet]. Cardio Online; [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Recommandations-ESC-2019-Dyslipidemies>
19. Bouziri N. Les nouveautés en prévention primaire et stratification du risque cardiovasculaire [Internet]. Cardio Online; 2020 [cité 15 août 2023]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/A-la-une/Les-nouveautes-en-prevention-primaire-et-stratification-du-risque-cardiovasculaire>
20. Santé Publique France. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens [Internet]. 2023 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens#:~:text=Contacts%20presse&text=Ces%20r%C3%A9sultats%20montrent%20qu'en,%C3%A0%202021%20et%20depuis%202019.>
21. Santé Publique France. Tabac en France : premières estimations régionales de mortalité attribuable au tabagisme en 2015 [Internet]. 2021 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/tabac-en-france-premieres-estimations-regionales-de-mortalite-attribuable-au-tabagisme-en-2015>
22. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. 2014 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_rapport_elaboration_2014_maj2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_05.pdf

23. Santé publique France. Consommation d'alcool : où en êtes-vous ? [Internet]. 2022 [cité 18 août 2023]. Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/consommation-d-alcool-ou-en-etes-vous#:~:text=D'apr%C3%A8s%20les%20donn%C3%A9es%20du,femmes%20\(14%2C9%25\).](https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/consommation-d-alcool-ou-en-etes-vous#:~:text=D'apr%C3%A8s%20les%20donn%C3%A9es%20du,femmes%20(14%2C9%25).)
24. Ministère de la santé et de la prévention. L'addiction à l'alcool [Internet]. 2023 [cité 8 oct 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/l-addiction-a-l-alcool#:~:text=La%20consommation%20d'alcool%20repr%C3%A9sente,des%20maladies%20et%20d%C3%A9c%C3%A8s%20pr%C3%A9matur%C3%A9s.>
25. Guignon N, Delmas M-C, Fonteneau L. En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. 2019.
26. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(13):234-41.
27. INPES. Surpoids de l'enfant: dépister et en parler [Internet]. 2011 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.normandie-pediatrie.org/media-files/28718/3.9.surpoids_de_lenfant_le_depister_en_parler_precocement.pdf
28. Carnet de santé de l'enfant. Version en vigueur du 1er avril 2018. [Internet]. Pages 78 à 87. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante-num-.pdf
29. HAS , recommandations de bonnes pratiques. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent(e) [Internet]. 2011 [cité 20 août 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-02/guide_parcours_surpoids_et_obesite_enfants_adolescents.pdf
30. Association française de strabologie et d'ophtalmologie pédiatrique. Dépistage des troubles visuels de l'enfant. 2019.
31. HAS. Dépistage précoce des troubles de la fonction visuelle chez l'enfant pour prévenir l'amblyopie [Internet]. 2002 [cité 22 août 2023]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/c_272178/fr/depistage-precoce-des-troubles-de-la-fonction-visuelle-chez-l-enfant-pour-prevenir-l-amblyopie
32. Santé Publique France. Surdité permanente néonatale : bilan du programme national de dépistage [Internet]. 2019 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/surdite-permanente-neonatale-bilan-du-programme-national-de-depistage>
33. Société Française de pédiatrie. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant [Internet]. Guide pratique; 2009 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_de_l_audition_chez_l_enfant.pdf

34. N.Loundon. Dépistage auditif: quel matériel et quel âge? [Internet]. Réalités pédiatriques; 2016 [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: https://www.realites-pediatriques.com/wp-content/uploads/sites/3/2016/05/RP_200_Loundon.pdf
35. J Langue. Retard de langage entre 3 et 6 ans [Internet]. Pas à pas en pédiatrie; 2027 [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/orl/retard-de-langage-entre-3-et-6-ans>
36. M-F Le Heuzey. Dépistage précoce des troubles du langage. La revue du praticien. 2004;(54):2021-2018.
37. Société Française de pédiatrie. Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant [Internet]. 2007 [cité 8 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_troubles-2.pdf
38. CNAM. La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2022. Communiqué de presse; 2023.
39. Cashin C, Chi YL, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying For Performance In Healthcare: Implications For Health System Performance And Accountability. Kindle. 2014. 496 p.
40. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. The Lancet. 2016;388(10041):268-74.
41. Deci EL, Ryan RM. The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. Psychol Inq. 2000. 11: 227–268.
42. Frey B. Not just for the money: an economic theory of personal motivation. 1997. (Cheltenham, UK and Brookfield, US: Edward Elgar).
43. Janus K. Managing motivation among health care professionals. Adv Health Care Manag; 2010. 9:47–77.
44. Osterloh M , Frey BS. Motivation, transfert de connaissances et formes organisationnelles. 2000. (Science de l'organisation).
45. INSEE. Professionnels de santé au 1er janvier 2023. Comparaison régionales et départementales [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#tableau-TCRD_068_tab1_regions2016
46. DREES. Comparaison internationales des médecins et infirmiers [Internet]. 2020 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/11%20Comparaisons%20internationales%20des%20m%C3%A9decins%20et%20infirmiers.pdf>
47. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles : A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries [Internet]. Documents de travail de l'OCDE sur la

santé, n° 54, Éditions OCDE, Paris; 2010 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>

48. Midy F. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières Revue de la littérature 1970-2002. Bulletin d'information en économie de la santé [Internet]. mars 2003 [cité 10 oct 2023];(65). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes65.pdf>
49. Assurance maladie. L'aide à l'emploi d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux [Internet]. 2023 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/oise/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux>
50. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur objectifs de santé publique : quelle perception en ont les médecins généralistes? [Internet] [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Qualification médecine générale]. Angers Université; 2016. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127067/2016MCEM6807/fichier/6807F.pdf>
51. Agence nationale du développement Professionnel Continu. Critères et procédures de prise en charge des actions de DPC. Professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 7 oct 2023]. Disponible sur: https://www.agencedpc.fr/professionnel/images/PEC_PS8220223.pdf
52. Agence nationale du développement Professionnel Continu. Orientations nationales prioritaires de DPC 2023-2025 [Internet]. 2023 [cité 14 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2023-2025>

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'introduction du questionnaire

Beauvais le 17/02/2023

Docteur,

Je m'appelle BONNARD Nancy. Je suis interne de médecine générale à faculté de médecine d'Amiens. J'effectue mon travail de thèse, sous la direction du Dr RACHO, sur l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) chez les médecins généralistes picards.

Je sollicite les médecins généralistes installés à répondre à mon questionnaire pour m'aider à réaliser mon étude. Il comporte 26 questions nécessitant environ 7 minutes. Les réponses seront anonymes. L'enveloppe pré timbrée ci-joint vous permettra de me renvoyer le questionnaire.

Je vous remercie pour le temps précieux que vous y consacrerez.

(Merci de ne pas répondre au questionnaire papier si vous l'avez déjà fait en version dématérialisée sur le groupe Facebook PICAGJIR)

BONNARD Nancy

Annexe 2 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

- 1) Vous êtes :
 - Un Homme
 - Une Femme

- 2) Quel est votre âge ?
 - <30ans
 - Entre 31 et 40 ans
 - Entre 41 et 50 ans
 - Entre 51 et 60 ans
 - Entre 61 et 67 ans
 - > 67 ans

- 3) Lieu d'installation :
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

- 4) Quel est votre mode d'exercice :
 - Cabinet individuel
 - Cabinet de groupe
 - MSP

- 5) Nombre d'années d'installation
 - <5 ans
 - Entre 5-10 ans
 - Entre 10- 20 ans
 - Entre 20-30 ans
 - > 30 ans

- 6) Quel est le mode de fonctionnement du cabinet :
- Essentiellement sur RDV
 - Consultation libre
- 7) Quelle est la durée moyenne de votre consultation :
- <10 minutes
 - 10-15 minutes
 - 15-20 minutes
 - > 20 minutes

Les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant adulte

Item : part de vos patients traités par antidiabétique ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds ou d'une consultation de podologie dans l'année.

- 8) Est-ce que cet item de la ROSP vous encourage à réaliser l'examen annuel des pieds chez plus de patients diabétiques ?
- Oui, je réalise plus souvent
 - Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP
- 9) Quels sont pour vous les freins à la réalisation de l'examen des pieds diabétiques au cabinet :
- Manque de temps
 - Autre :

Item : part de vos patients dont le risque cardiovasculaire a été évalué (par SCORE ou autre scorage) en amont de prescription de statines.

- 10) Calculez-vous le risque cardio-vasculaire avant de prescrire une statine ?
- Oui
 - Non
- 11) Si vous calculez, la ROSP contribue-t-elle à cette pratique ?
- Oui

Non

12) Si vous ne calculez pas : pour quelle raison ne calculez-vous pas ?

Je n'ai pas assez de temps

Je ne connais pas les scorages

Je me fie à mon expérience

Autre raison :

Item : part de vos patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil de la HAS et enregistrée dans le dossier médical.

13) La ROSP vous incite-t-elle à réaliser plus souvent l'intervention brève pour le tabac ?

Oui

Non

14) Quels sont pour vous les freins qui ne permettent pas de faire l'intervention brève pour le tabagisme :

Manque de temps

Je n'y pense pas

J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions

Autre raison :

Item : part de vos patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil de la HAS et enregistrée dans le dossier médical.

15) La ROSP vous incite-t-elle à réaliser plus souvent l'intervention brève pour l'alcool ?

Oui

Non

16) Quels sont pour vous les freins qui ne permettent pas de faire l'intervention brève pour l'alcool :

Manque de temps

Je n'y pense pas

J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions

Autre raison :

Les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant de l'enfant

Item : part de vos patients de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an.

17) La ROSP vous encourage-t-elle à tracer la courbe de corpulence plus souvent ?

- Oui, je réalise plus souvent
- Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP

18) Si vous ne tracez pas la courbe de corpulence, pouvez-vous donner la raison ?

-

Item : Part de vos patients de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage de trouble visuel et auditif

19) Dans votre pratique habituelle, recherchez-vous les troubles visuels et auditifs chez vos patients de 4-12 mois ?

- Oui
- Non

20) La ROSP vous rend -elle plus attentif au dépistage de trouble visuel et auditif ?

- Oui
- Non

21) Si vous ne réalisez pas le dépistage de trouble visuel et auditif. Quelles sont les raisons ?

- Manque de temps
- Manque de formation
- Autre raison :

Item : part de vos patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de trouble du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

- 22) Dans votre pratique habituelle, réalisez-vous le test de dépistage de trouble du langage chez vos patients de 3 à 5 ans ?
- Oui
 - Non
- 23) La ROSP vous encourage-t-elle à réaliser le dépistage du trouble du langage ?
- Oui
 - Non
- 24) Si vous ne faites pas le dépistage des troubles du langage, quelles sont les raisons ?
- Manque de temps
 - Manque de formation
 - Autre :

Votre avis concernant les indicateurs déclaratifs de la ROSP :

25) Parmi les indicateurs déclaratifs, lesquels trouvez-vous pertinents ?

- part de vos patients traités par antidiabétique ayant bénéficié d'un examen annuel des pieds ou d'une consultation de podologie dans l'année.
- part de vos patients dont le risque cardiovasculaire a été évalué (par SCORE ou autre scorage) en amont de prescription de statines.
- part de vos patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil de la HAS et enregistrée dans le dossier.
- part de vos patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil de la HAS et enregistrée dans le dossier.
- part de vos patients de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an.
- part de vos patients de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage de trouble visuel et auditif

part de vos patients de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de trouble du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Aucun

26) Selon vous, est-ce que les indicateurs déclaratifs ont un intérêt ?

Améliore la pratique

Intérêt financier

Pas d'intérêt

Le questionnaire est terminé. Je vous remercie pour votre participation.

Annexe 3 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le genre (n = 157).

	Homme (n = 86)	Femme (n = 71)	p
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique			0.18
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	61 (70.9%)	57 (80.3%)	
Oui, je réalise plus souvent	25 (29.1%)	14 (19.7%)	
Freins à l'examen du pied diabétique			
Manque de temps	55 (64.0%)	43 (60.6%)	0.66
Autre :	7 (8.1%)	9 (12.7%)	0.35
Calcul risque cardiovasculaire avant la prescription de statine			0.63
Oui	60 (69.8%)	53 (74.6%)	0.50
Non	26 (30.2%)	19 (26.8%)	
La ROSP contribue au calcul risque cardiovasculaire			0.18
Non	54 (80.6%)	57 (89.1%)	
Oui	13 (19.4%)	7 (10.9%)	
Freins au calcul du risque cardiovasculaire			
Je ne connais pas les scorages	8 (9.3%)	7 (9.9%)	0.91
Je me fie à mon expérience	19 (22.1%)	12 (16.9%)	0.42
Je n'ai pas assez de temps	6 (7.0%)	8 (11.3%)	0.35
Autre raison	2 (2.3%)	0 (0.0%)	0.20
La ROSP incite à réaliser l'intervention brève du tabac			0.28
Non	71 (82.6%)	63 (88.7%)	
Oui	15 (17.4%)	8 (11.3%)	
Freins à l'intervention brève tabac			
Manque de temps	28 (32.6%)	25 (35.2%)	0.73
Je n'y pense pas	9 (10.5%)	10 (14.1%)	0.49
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	3 (3.5%)	2 (2.8%)	0.81
Autre raison	7 (8.1%)	4 (5.6%)	0.54
La ROSP incite à réaliser l'intervention brève de l'alcool			0.09
Non	66 (76.7%)	62 (87.3%)	
Oui	20 (23.3%)	9 (12.7%)	
Freins à l'intervention brève de l'alcool			
Je n'y pense pas	5 (5.8%)	5 (7.0%)	0.75
Manque de temps	28 (32.6%)	22 (31.0%)	0.83
Autre raison	6 (7.0%)	5 (7.0%)	0.99
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	8 (9.3%)	13 (18.3%)	0.10
La ROSP encourage à tracer la courbe de corpulence			0.08
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	68 (80.0%)	64 (90.1%)	
Oui, je réalise plus souvent	17 (20.0%)	7 (9.9%)	
Raisons de ne pas tracer courbe de corpulence			-

A calculer	1 (25%)	0	
Oubli du carnet de santé	3 (75%)	0	
Dépistage des troubles visuels et auditifs chez les patients 4-12 mois dans la pratique habituelle			0.18
Non	29 (33.7%)	17 (23.9%)	
Oui	57 (66.3%)	54 (76.1%)	
La ROSP rend plus attentif au dépistage des troubles visuels et auditifs			0.12
Non	69 (81.2%)	64 (90.1%)	
Oui	16 (18.8%)	7 (9.9%)	
Freins au dépistage des Tr visuels et auditifs			
Manque de temps	14 (16.3%)	10 (14.1%)	0.70
Manque de formation	17 (19.8%)	15 (21.1%)	0.83
Autre raison	11 (12.8%)	4 (5.6%)	0.13
Réalisation du dépistage des Tr du langage chez les patients 3-5 ans			0.91
Non	55 (64.0%)	46 (64.8%)	
Oui	31 (36.0%)	25 (35.2%)	
La ROSP encourage à la réalisation du dépistage des Tr du langage			0.02
Non	68 (80.0%)	66 (93.0%)	
Oui	17 (20.0%)	5 (7.0%)	
Freins au dépistage des troubles du langage			
Manque de temps	27 (31.4%)	25 (35.2%)	0.61
Manque de formation	39 (45.3%)	32 (45.1%)	0.97
Autre :	11 (12.8%)	10 (14.1%)	0.81
Quels indicateurs sont pertinents ?			
Un examen annuel des pieds	41 (47.7%)	26 (36.6%)	0.16
Calcul risque cardio vasculaire	39 (45.3%)	23 (32.4%)	0.10
Intervention brève tabac	32 (37.2%)	18 (25.4%)	0.11
Intervention brève alcool	26 (30.2%)	12 (16.9%)	0.05
Courbe de corpulence une fois par an.	35 (40.7%)	25 (35.2%)	0.48
Patients 4 à 12 mois : dépistage de Tr visuel et auditif	31 (36.0%)	21 (29.6%)	0.39
Patients 3 à 5 ans : dépistage de Tr du langage	22 (25.6%)	17 (23.9%)	0.81
Aucun	27 (31.4%)	34 (47.9%)	0.03
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP			
Intérêt financier	42 (48.8%)	31 (43.7%)	0.52
Pas d'intérêt	29 (33.7%)	36 (50.7%)	0.03
Améliore la pratique	23 (26.7%)	11 (15.5%)	0.09

Annexe 4 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon l'âge (n = 157).

	< 40 ans (N=16)	40 - 50 ans (N = 37)	50 - 67 ans (N=70)	> 67 ans (N=34)	P
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique					0.04
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	15 (93.8%)	28 (75.7%)	46 (65.7%)	29 (85.3%)	
Oui, je réalise plus souvent	1 (6.2%)	9 (24.3%)	24 (34.3%)	5 (14.7%)	
Freins à l'examen du pied diabétique					
Manque de temps	8 (50.0%)	25 (67.6%)	47 (67.1%)	18 (52.9%)	0.33
Autre :	2 (12.5%)	6 (16.2%)	3 (4.3%)	5 (14.7%)	0.17
Calcul du risque cardiovasculaire					0.35
Non	2 (12.5%)	10 (27.0%)	20 (28.6%)	12 (35.3%)	
Oui	14 (87.5%)	27 (73.0%)	50 (71.4%)	21 (61.8%)	
La ROSP contribue au calcul du risque CV					0.85
Non	14 (87.5%)	29 (87.9%)	48 (84.2%)	20 (80.0%)	
Oui	2 (12.5%)	4 (12.1%)	9 (15.8%)	5 (20.0%)	
Freins au calcul du risque CV					
Je ne connais pas les scorages	0 (0.0%)	4 (10.8%)	7 (10.0%)	4 (11.8%)	0.58
Je me fie à mon expérience	1 (6.2%)	5 (13.5%)	13 (18.6%)	12 (35.3%)	0.05
Je n'ai pas assez de temps	1 (6.2%)	4 (10.8%)	7 (10.0%)	2 (5.9%)	0.85
Autre raison :	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	0.47
La ROSP incite à réaliser intervention brève tabac					0.05
Non	16 (100.0%)	34 (91.9%)	54 (77.1%)	30 (88.2%)	
Oui	0 (0.0%)	3 (8.1%)	16 (22.9%)	4 (11.8%)	
Freins à l'intervention brève tabac					0.09
Manque de temps	9 (56.2%)	12 (32.4%)	25 (35.7%)	7 (20.6%)	0.09
Je n'y pense pas	3 (18.8%)	2 (5.4%)	12 (17.1%)	2 (5.9%)	0.16
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	0 (0.0%)	2 (5.4%)	1 (1.4%)	2 (5.9%)	0.45
Autre raison	2 (12.5%)	2 (5.4%)	4 (5.7%)	3 (8.8%)	0.74
La ROSP incite à réaliser intervention brève alcool					0.15
Non	16 (100.0%)	31 (83.8%)	53 (75.7%)	28 (82.4%)	
Oui	0 (0.0%)	6 (16.2%)	17 (24.3%)	6 (17.6%)	
Freins à l'intervention brève alcool					
Je n'y pense pas	1 (6.2%)	2 (5.4%)	5 (7.1%)	2 (5.9%)	0.99
Manque de temps	9 (56.2%)	14 (37.8%)	21 (30.0%)	6 (17.6%)	0.04
Autre raison	3 (18.8%)	2 (5.4%)	4 (5.7%)	2 (5.9%)	0.29
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	2 (12.5%)	4 (10.8%)	13 (18.6%)	2 (5.9%)	0.32
La ROSP encourage à tracer la courbe de corpulence					0.04

Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	15 (93.8%)	34 (91.9%)	60 (85.7%)	23 (69.7%)	
Oui, je réalise plus souvent	1 (6.2%)	3 (8.1%)	10 (14.3%)	10 (30.3%)	
Raison de ne pas tracer courbe de corpulence					
A calculer	0	0 (0.0%)	0	1 (50.0%)	
Oubli du carnet de santé	0	2 (100.0%)	0	1 (50.0%)	
Recherche Tr visuel et auditif patients 4-12 mois					0.25
Non	5 (31.2%)	6 (16.2%)	23 (32.9%)	12 (35.3%)	
Oui	11 (68.8%)	31 (83.8%)	47 (67.1%)	22 (64.7%)	
ROSP rend plus attentif au dépistage Tr visuel et auditif					0.27
Non	16 (100.0%)	31 (83.8%)	60 (85.7%)	26 (78.8%)	
Oui	0 (0.0%)	6 (16.2%)	10 (14.3%)	7 (21.2%)	
Frein au dépistage Tr visuel et auditif					
Manque de temps	3 (18.8%)	3 (8.1%)	13 (18.6%)	5 (14.7%)	0.53
Manque de formation	3 (18.8%)	5 (13.5%)	19 (27.1%)	5 (14.7%)	0.29
Autre raison :	2 (12.5%)	3 (8.1%)	3 (4.3%)	7 (20.6%)	0.06
Réalisation dépistage Tr langage patients 3-5 ans					0.26
Non	9 (56.2%)	21 (56.8%)	51 (72.9%)	20 (58.8%)	
Oui	7 (43.8%)	16 (43.2%)	19 (27.1%)	14 (41.2%)	
La ROSP encourage à la réalisation du dépistage des troubles du langage					0.12
Non	16 (100.0%)	33 (89.2%)	60 (85.7%)	25 (75.8%)	
Oui	0 (0.0%)	4 (10.8%)	10 (14.3%)	8 (24.2%)	
Freins au dépistage Tr du langage					
Manque de temps	8 (50.0%)	16 (43.2%)	22 (31.4%)	6 (17.6%)	0.06
Manque de formation	7 (43.8%)	15 (40.5%)	33 (47.1%)	16 (47.1%)	0.92
Autre :	3 (18.8%)	6 (16.2%)	8 (11.4%)	4 (11.8%)	0.81
Quels indicateurs sont pertinents ?					
Un examen annuel des pieds	4 (25.0%)	10 (27.0%)	37 (52.9%)	16 (47.1%)	0.03
Calcul risque cardio vasculaire	4 (25.0%)	8 (21.6%)	38 (54.3%)	12 (35.3%)	< 0.01
Intervention brève tabac	3 (18.8%)	11 (29.7%)	25 (35.7%)	11 (32.4%)	0.61
Intervention brève alcool	2 (12.5%)	8 (21.6%)	17 (24.3%)	11 (32.4%)	0.46
Courbe de corpulence Une fois par an.	5 (31.2%)	10 (27.0%)	32 (45.7%)	13 (38.2%)	0.27
Patients 4 à 12 mois dépistage de Tr visuel et auditif	4 (25.0%)	12 (32.4%)	24 (34.3%)	12 (35.3%)	0.90
Patients 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de Tr du langage	5 (31.2%)	8 (21.6%)	18 (25.7%)	8 (23.5%)	0.89
Aucun	8 (50.0%)	21 (56.8%)	18 (25.7%)	14 (41.2%)	0.01
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP					
Intérêt financier	8 (50.0%)	18 (48.6%)	34 (48.6%)	13 (38.2%)	0.75
Pas d'intérêt	8 (50.0%)	17 (45.9%)	26 (37.1%)	14 (41.2%)	0.72
Améliore la pratique	1 (6.2%)	5 (13.5%)	17 (24.3%)	11 (32.4%)	0.10

Annexe 5 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le mode d'exercice (n = 157).

	Cabinet de groupe (N=61)	Cabinet et individuel (N=69)	MSP (N=27)	p
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique				
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	45 (73.8%)	53 (76.8%)	20 (74.1%)	
Oui, je réalise plus souvent	16 (26.2%)	16 (23.2%)	7 (25.9%)	0.91
Freins à l'examen du pied diabétique				
Manque de temps	36 (59.0%)	44 (63.8%)	18 (66.7%)	0.75
Autre	7 (11.5%)	3 (4.3%)	6 (22.2%)	0.03
Calcul risque cardiovasculaire				0.79
Non	16 (26.2%)	21 (30.4%)	7 (25.9%)	
Oui	45 (73.8%)	47 (68.1%)	20 (74.1%)	
La ROSP contribue au calcul risque CV				0.34
Non	44 (84.6%)	48 (81.4%)	19 (95.0%)	
Oui	8 (15.4%)	11 (18.6%)	1 (5.0%)	
Freins au calcul risque CV				
Je ne connais pas les scorages	6 (9.8%)	8 (11.6%)	1 (3.7%)	0.49
Je me fie à mon expérience	9 (14.8%)	17 (24.6%)	5 (18.5%)	0.36
Je n'ai pas assez de temps	2 (3.3%)	9 (13.0%)	3 (11.1%)	0.14
Autre raison	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (3.7%)	0.33
La ROSP incite à réaliser intervention brève tabac				0.81
Non	51 (83.6%)	59 (85.5%)	24 (88.9%)	
Oui	10 (16.4%)	10 (14.5%)	3 (11.1%)	
Freins intervention brève tabac				
Manque de temps	22 (36.1%)	19 (27.5%)	12 (44.4%)	0.26
Je n'y pense pas	6 (9.8%)	10 (14.5%)	3 (11.1%)	0.71
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	2 (3.3%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	0.55
Autre raison	4 (6.6%)	5 (7.2%)	2 (7.4%)	0.98
La ROSP incite à réaliser intervention brève alcool				0.62
Non	52 (85.2%)	55 (79.7%)	21 (77.8%)	
Oui	9 (14.8%)	14 (20.3%)	6 (22.2%)	
Freins à l'intervention brève alcool				
Je n'y pense pas	3 (4.9%)	4 (5.8%)	3 (11.1%)	0.53
Manque de temps	24 (39.3%)	14 (20.3%)	12 (44.4%)	0.02
Autre raison	4 (6.6%)	4 (5.8%)	3 (11.1%)	0.65
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	6 (9.8%)	12 (17.4%)	3 (11.1%)	0.42
La ROSP encourage à tracer la courbe de corpulence				0.13

Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	53 (88.3%)	54 (78.3%)	25 (92.6%)	
Oui, je réalise plus souvent	7 (11.7%)	15 (21.7%)	2 (7.4%)	
Raison de ne pas tracer courbe de corpulence				0.14
A calculer	1 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
oubli du carnet de santé	0 (0.0%)	2 (100.0%)	1 (100.0%)	
Recherche Tr visuel et auditif chez patients 4-12 mois				0.57
Non	18 (29.5%)	18 (26.1%)	10 (37.0%)	
Oui	43 (70.5%)	51 (73.9%)	17 (63.0%)	
ROSP rend plus attentif au dépistage Tr visuel et auditif				0.68
Non	52 (86.7%)	57 (82.6%)	24 (88.9%)	
Oui	8 (13.3%)	12 (17.4%)	3 (11.1%)	
Freins au dépistage des troubles visuel et auditif				
Manque de temps	9 (14.8%)	10 (14.5%)	5 (18.5%)	0.88
Manque de formation	14 (23.0%)	12 (17.4%)	6 (22.2%)	0.71
Autre raison	4 (6.6%)	8 (11.6%)	3 (11.1%)	0.59
Réalisation dépistage Tr langage chez patients 3-5 ans				0.66
Non	40 (65.6%)	42 (60.9%)	19 (70.4%)	
Oui	21 (34.4%)	27 (39.1%)	8 (29.6%)	
La ROSP encourage à la réalisation Tr du langage				0.05
Non	56 (93.3%)	58 (84.1%)	20 (74.1%)	
Oui	4 (6.7%)	11 (15.9%)	7 (25.9%)	
Freins au dépistage Tr du langage				
Manque de temps	24 (39.3%)	18 (26.1%)	10 (37.0%)	0.25
Manque de formation	32 (52.5%)	29 (42.0%)	10 (37.0%)	0.32
Autre	6 (9.8%)	8 (11.6%)	7 (25.9%)	0.10
Quels indicateurs sont pertinents ?				
Un examen annuel des pieds	23 (37.7%)	34 (49.3%)	10 (37.0%)	0.33
Calcul risque cardio vasculaire	24 (39.3%)	29 (42.0%)	9 (33.3%)	0.74
Intervention brève tabac	22 (36.1%)	20 (29.0%)	8 (29.6%)	0.66
Intervention brève alcool	20 (32.8%)	14 (20.3%)	4 (14.8%)	0.12
Courbe de corpulence Une fois par an.	27 (44.3%)	26 (37.7%)	7 (25.9%)	0.26
Patients 4 à 12 mois dépistage de Tr visuel et auditif	23 (37.7%)	22 (31.9%)	7 (25.9%)	0.53
Patients 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de Tr du langage	17 (27.9%)	16 (23.2%)	6 (22.2%)	0.78
Aucun	26 (42.6%)	23 (33.3%)	12 (44.4%)	0.45
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP				
Intérêt financier	29 (47.5%)	29 (42.0%)	15 (55.6%)	0.48
Pas d'intérêt	25 (41.0%)	30 (43.5%)	10 (37.0%)	0.84
Améliore la pratique	12 (19.7%)	13 (18.8%)	9 (33.3%)	0.27

Annexe 6 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le lieu d'exercice (n = 157).

	Rural (N = 45)	Semi-rural (N = 62)	Urbain (N = 50)	p
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique				0.62
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	35 (77.8%)	44 (71.0%)	39 (78.0%)	
Oui, je réalise plus souvent	10 (22.2%)	18 (29.0%)	11 (22.0%)	
Freins à l'examen du pied diabétique				
Manque de temps	27 (60.0%)	41 (66.1%)	30 (60.0%)	0.74
Autre :	6 (13.3%)	6 (9.7%)	4 (8.0%)	0.68
Calcul risque cardiovasculaire				0.26
Non	12 (26.7%)	22 (35.5%)	10 (20.0%)	
Oui	33 (73.3%)	40 (64.5%)	39 (78.0%)	
La ROSP contribue au calcul risque CV				0.19
Non	35 (92.1%)	41 (85.4%)	35 (77.8%)	
Oui	3 (7.9%)	7 (14.6%)	10 (22.2%)	
Freins calcul risque CV				
Je ne connais pas les scorages	3 (6.7%)	8 (12.9%)	4 (8.0%)	0.50
Je me fie à mon expérience	6 (13.3%)	17 (27.4%)	8 (16.0%)	0.14
Je n'ai pas assez de temps	4 (8.9%)	3 (4.8%)	7 (14.0%)	0.24
Autre raison	2 (4.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.08
La ROSP incite à réaliser intervention brève tabac				0.50
Non	38 (84.4%)	51 (82.3%)	45 (90.0%)	
Oui	7 (15.6%)	11 (17.7%)	5 (10.0%)	
Freins intervention brève tabac				
Manque de temps	18 (40.0%)	21 (33.9%)	14 (28.0%)	0.47
Je n'y pense pas	5 (11.1%)	11 (17.7%)	3 (6.0%)	0.16
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	1 (2.2%)	3 (4.8%)	1 (2.0%)	0.63
Autre raison	4 (8.9%)	4 (6.5%)	3 (6.0%)	0.84
La ROSP incite à réaliser intervention brève alcool				0.56
Non	38 (84.4%)	48 (77.4%)	42 (84.0%)	
Oui	7 (15.6%)	14 (22.6%)	8 (16.0%)	
Freins intervention brève alcool				
Je n'y pense pas	1 (2.2%)	6 (9.7%)	3 (6.0%)	0.29
Manque de temps	14 (31.1%)	20 (32.3%)	16 (32.0%)	0.99
Autre raison	6 (13.3%)	3 (4.8%)	2 (4.0%)	0.14
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	8 (17.8%)	11 (17.7%)	2 (4.0%)	0.06
La ROSP encourage à tracer courbe de corpulence				0.23

Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	39 (86.7%)	48 (78.7%)	45 (90.0%)	
Oui, je réalise plus souvent	6 (13.3%)	13 (21.3%)	5 (10.0%)	
Raison de ne pas tracer courbe de corpulence				
A calculer	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0	
Oubli du carnet de santé	1 (100.0%)	2 (66.7%)	0	
Recherche Tr visuel et auditif chez patients 4-12 mois				0.67
Non	12 (26.7%)	17 (27.4%)	17 (34.0%)	
Oui	33 (73.3%)	45 (72.6%)	33 (66.0%)	
La ROSP rend plus attentif au dépistage des Tr visuel et auditif				0.78
Non	37 (82.2%)	54 (87.1%)	42 (85.7%)	
Oui	8 (17.8%)	8 (12.9%)	7 (14.3%)	
Freins au dépistage Tr visuel et auditif				
Manque de temps	5 (11.1%)	10 (16.1%)	9 (18.0%)	0.63
Manque de formation	9 (20.0%)	11 (17.7%)	12 (24.0%)	0.71
Autre raison	3 (6.7%)	5 (8.1%)	7 (14.0%)	0.42
Réalisation dépistage Tr langage chez patients 3-5 ans				0.35
Non	25 (55.6%)	42 (67.7%)	34 (68.0%)	
Oui	20 (44.4%)	20 (32.3%)	16 (32.0%)	
La ROSP encourage à la réalisation Tr du langage				0.64
Non	37 (82.2%)	55 (88.7%)	42 (85.7%)	
Oui	8 (17.8%)	7 (11.3%)	7 (14.3%)	
Freins au dépistage Tr du langage				
Manque de temps	12 (26.7%)	23 (37.1%)	17 (34.0%)	0.52
Manque de formation	20 (44.4%)	27 (43.5%)	24 (48.0%)	0.89
Autre	4 (8.9%)	9 (14.5%)	8 (16.0%)	0.56
Quels indicateurs sont pertinents ?				
Un examen annuel des pieds	15 (33.3%)	25 (40.3%)	27 (54.0%)	0.11
Calcul risque cardio vasculaire	14 (31.1%)	25 (40.3%)	23 (46.0%)	0.33
Intervention brève tabac	14 (31.1%)	20 (32.3%)	16 (32.0%)	0.99
Intervention brève alcool	11 (24.4%)	13 (21.0%)	14 (28.0%)	0.69
Courbe de corpulence Une fois par an.	15 (33.3%)	23 (37.1%)	22 (44.0%)	0.55
Patients 4 à 12 mois dépistage de Tr visuel et auditif	11 (24.4%)	21 (33.9%)	20 (40.0%)	0.27
Patients 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de Tr du langage	9 (20.0%)	15 (24.2%)	15 (30.0%)	0.52
Aucun	23 (51.1%)	22 (35.5%)	16 (32.0%)	0.13
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP				
Intérêt financier	20 (44.4%)	27 (43.5%)	26 (52.0%)	0.64
Pas d'intérêt	20 (44.4%)	24 (38.7%)	21 (42.0%)	0.83
Améliore la pratique	10 (22.2%)	15 (24.2%)	9 (18.0%)	0.73

Annexe 7 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon le type de consultation (n = 157).

	Consultation libre (N = 14)	Essentiellement sur RDV (N = 143)	p
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique			0.73
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	10 (71.4%)	108 (75.5%)	
Oui, je réalise plus souvent	4 (28.6%)	35 (24.5%)	
Freins à l'examen du pied diabétique			
Manque de temps	9 (64.3%)	89 (62.2%)	0.88
Autre	0 (0.0%)	16 (11.2%)	0.19
Calcul du risque cardiovasculaire			0.42
Non	6 (42.9%)	38 (26.6%)	
Oui	8 (57.1%)	104 (72.7%)	
La ROSP contribue au calcul risque CV			0.55
Non	10 (90.9%)	101 (84.2%)	
Oui	1 (9.1%)	19 (15.8%)	
Freins au calcul du risque CV			
Je ne connais pas les scorages	2 (14.3%)	13 (9.1%)	0.53
Je me fie à mon expérience	3 (21.4%)	28 (19.6%)	0.87
Je n'ai pas assez de temps	1 (7.1%)	13 (9.1%)	0.81
Autre raison	0 (0.0%)	2 (1.4%)	0.66
La ROSP incite à réaliser l'intervention brève tabac			0.10
Non	14 (100.0%)	120 (83.9%)	
Oui	0 (0.0%)	23 (16.1%)	
Freins intervention brève tabac			
Manque de temps	3 (21.4%)	50 (35.0%)	0.31
Je n'y pense pas	3 (21.4%)	16 (11.2%)	0.26
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	1 (7.1%)	4 (2.8%)	0.38
Autre raison	2 (14.3%)	9 (6.3%)	0.26
La ROSP incite à réaliser intervention brève alcool			0.77
Non	11 (78.6%)	117 (81.8%)	
Oui	3 (21.4%)	26 (18.2%)	
Freins intervention brève alcool			
Je n'y pense pas	1 (7.1%)	9 (6.3%)	0.90
Manque de temps	3 (21.4%)	47 (32.9%)	0.38
Autre raison	0 (0.0%)	11 (7.7%)	0.28
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	4 (28.6%)	17 (11.9%)	0.08
La ROSP encourage à tracer courbe de corpulence			0.51

Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	11 (78.6%)	121 (85.2%)	
Oui, je réalise plus souvent	3 (21.4%)	21 (14.8%)	
Raison de ne pas tracer courbe de corpulence			0.50
A calculer	0 (0.0%)	1 (33.3%)	
Oubli du carnet de santé	1 (100.0%)	2 (66.7%)	
Recherche Tr visuel et auditif chez les patients 4-12 mois			0.24
Non	6 (42.9%)	40 (28%)	
Oui	8 (57.1%)	103 (72%)	
La ROSP rend plus attentif au dépistage des Tr visuel et auditif			0.46
Non	11 (78.6%)	122 (85.9%)	
Oui	3 (21.4%)	20 (14.1%)	
Freins au dépistage des Tr visuel et auditif			
Manque de temps	0 (0.0%)	24 (16.8%)	0.10
Manque de formation	5 (35.7%)	27 (18.9%)	0.14
Autre raison :	1 (7.1%)	14 (9.8%)	0.75
Réalisation dépistage Tr langage chez patients 3-5 ans			0.56
Non	10 (71.4%)	91 (63.6%)	
Oui	4 (28.6%)	52 (36.4%)	
La ROSP encourage à la réalisation Tr du langage			0.41
Non	11 (78.6%)	123 (86.6%)	
Oui	3 (21.4%)	19 (13.4%)	
Freins au dépistage Tr du langage			
Manque de temps	3 (21.4%)	49 (34.3%)	0.33
Manque de formation	6 (42.9%)	65 (45.5%)	0.85
Autre :	2 (14.3%)	19 (13.3%)	0.92
Quels indicateurs sont pertinents ?			
Un examen annuel des pieds	6 (42.9%)	61 (42.7%)	0.99
Calcul risque cardio vasculaire	6 (42.9%)	56 (39.2%)	0.79
Intervention brève tabac	5 (35.7%)	45 (31.5%)	0.74
Intervention brève alcool	3 (21.4%)	35 (24.5%)	0.80
Courbe de corpulence Une fois par an.	5 (35.7%)	55 (38.5%)	0.84
Patients 4 à 12 mois dépistage de Tr visuel et auditif	3 (21.4%)	49 (34.3%)	0.33
Patients 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de Tr du langage	1 (7.1%)	38 (26.6%)	0.11
Aucun	6 (42.9%)	55 (38.5%)	0.75
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP			
Intérêt financier	7 (50.0%)	66 (46.2%)	0.78
Pas d'intérêt	5 (35.7%)	60 (42%)	0.65
Améliore la pratique	3 (21.4%)	31 (21.7%)	0.98

Annexe 8 : Tableau représentant l'état des lieux des indicateurs déclaratifs de la ROSP selon la durée de consultation (n = 157).

	<10 minutes (N=2)	10-15 minutes (N=52)	15-20 minutes (N=91)	> 20 minutes (N=12)	p
La ROSP encourage l'examen du pied diabétique					0.09
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	0 (0.0%)	38 (73.1%)	71 (78.0%)	9 (75.0%)	
Oui, je réalise plus souvent	2 (100.0%)	14 (26.9%)	20 (22.0%)	3 (25.0%)	
Freins à l'examen du pied diabétique					
Manque de temps	2 (100.0%)	35 (67.3%)	55 (60.4%)	6 (50.0%)	0.44
Autre	0 (0.0%)	2 (3.8%)	13 (14.3%)	1 (8.3%)	0.24
Calcul risque cardiovasculaire					0.05
Non	1 (50.0%)	15 (28.8%)	25 (27.5%)	3 (25.0%)	
Oui	1 (50.0%)	37 (71.2%)	66 (72.5%)	8 (66.7%)	
La ROSP contribue au calcul du risque CV					0.93
Non	1 (100.0%)	34 (82.9%)	67 (85.9%)	9 (81.8%)	
Oui	0 (0.0%)	7 (17.1%)	11 (14.1%)	2 (18.2%)	
Freins au calcul du risque CV					
Je ne connais pas les scorages	1 (50.0%)	5 (9.6%)	8 (8.8%)	1 (8.3%)	0.28
Je me fie à mon expérience	0 (0.0%)	12 (23.1%)	16 (17.6%)	3 (25.0%)	0.72
Je n'ai pas assez de temps	0 (0.0%)	3 (5.8%)	10 (11.0%)	1 (8.3%)	0.73
Autre raison	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.1%)	1 (8.3%)	0.14
La ROSP incite à réaliser intervention brève tabac					0.94
Non	2 (100.0%)	44 (84.6%)	78 (85.7%)	10 (83.3%)	
Oui	0 (0.0%)	8 (15.4%)	13 (14.3%)	2 (16.7%)	
Freins intervention brève tabac					
Manque de temps	1 (50.0%)	13 (25.0%)	37 (40.7%)	2 (16.7%)	0.14
Je n'y pense pas	0 (0.0%)	8 (15.4%)	10 (11.0%)	1 (8.3%)	0.78

J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	0 (0.0%)	3 (5.8%)	2 (2.2%)	0 (0.0%)	0.60
Autre raison	0 (0.0%)	3 (5.8%)	6 (6.6%)	2 (16.7%)	0.57
La ROSP incite à réaliser intervention brève alcool					0.69
Non	2 (100.0%)	40 (76.9%)	76 (83.5%)	10 (83.3%)	
Oui	0 (0.0%)	12 (23.1%)	15 (16.5%)	2 (16.7%)	
Freins intervention brève alcool					
Je n'y pense pas	0 (0.0%)	3 (5.8%)	6 (6.6%)	1 (8.3%)	0.97
Manque de temps	1 (50.0%)	13 (25.0%)	34 (37.4%)	2 (16.7%)	0.26
Autre raison	0 (0.0%)	2 (3.8%)	8 (8.8%)	1 (8.3%)	0.70
J'appréhende la réaction du patient qui peut se sentir jugé par mes questions	0 (0.0%)	6 (11.5%)	15 (16.5%)	0 (0.0%)	0.38
La ROSP encourage à tracer courbe de corpulence					< 0.01
Non, je réalise aussi souvent que s'il n'y avait pas la ROSP	0 (0.0%)	43 (82.7%)	79 (87.8%)	10 (83.3%)	
Oui, je réalise plus souvent	2 (100.0%)	9 (17.3%)	11 (12.2%)	2 (16.7%)	
Raison de ne pas tracer courbe de corpulence					-
A calculer	0	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0	
Oubli du carnet de santé	0	2 (100.0%)	1 (50.0%)	0	
Recherche Tr visuel et auditif patients chez 4-12 mois					0.35
Non	1 (50.0%)	17 (32.7%)	27 (29.7%)	1 (8.3%)	
Oui	1 (50.0%)	35 (67.3%)	64 (70.3%)	11 (91.7%)	
La ROSP rend plus attentif au dépistage Tr visuel et auditif					0.28
Non	1 (50.0%)	42 (80.8%)	80 (88.9%)	10 (83.3%)	
Oui	1 (50.0%)	10 (19.2%)	10 (11.1%)	2 (16.7%)	
Freins au dépistage Tr visuel et auditif					
Manque de temps	1 (50.0%)	8 (15.4%)	13 (14.3%)	2 (16.7%)	0.58
Manque de formation	1 (50.0%)	9 (17.3%)	21 (23.1%)	1 (8.3%)	0.41
Autre raison	0 (0.0%)	6 (11.5%)	7 (7.7%)	2 (16.7%)	0.68
Réalisation dépistage Tr langage chez patients 3-5 ans					0.80
Non	1 (50.0%)	36 (69.2%)	57 (62.6%)	7 (58.3%)	

Oui	1 (50.0%)	16 (30.8%)	34 (37.4%)	5 (41.7%)	
La ROSP encourage à la réalisation Tr du langage					0.04
Non	1 (50.0%)	42 (82.4%)	83 (91.2%)	8 (66.7%)	
Oui	1 (50.0%)	9 (17.6%)	8 (8.8%)	4 (33.3%)	
Freins au dépistage Tr du langage					
Manque de temps	1 (50.0%)	17 (32.7%)	33 (36.3%)	1 (8.3%)	0.26
Manque de formation	1 (50.0%)	24 (46.2%)	41 (45.1%)	5 (41.7%)	0.99
Autre	0 (0.0%)	6 (11.5%)	13 (14.3%)	2 (16.7%)	0.89
Quels indicateurs sont pertinents ?					
Un examen annuel des pieds	1 (50.0%)	17 (32.7%)	45 (49.5%)	4 (33.3%)	0.23
Calcul risque cardio vasculaire	2 (100.0%)	22 (42.3%)	34 (37.4%)	4 (33.3%)	0.31
Intervention brève tabac	1 (50.0%)	16 (30.8%)	28 (30.8%)	5 (41.7%)	0.82
Intervention brève alcool	1 (50.0%)	9 (17.3%)	23 (25.3%)	5 (41.7%)	0.25
Courbe de corpulence Une fois par an.	1 (50.0%)	14 (26.9%)	40 (44.0%)	5 (41.7%)	0.24
Patients 4 à 12 mois dépistage de Tr visuel et auditif	1 (50.0%)	11 (21.2%)	33 (36.3%)	7 (58.3%)	0.06
Patients 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de Tr du langage	1 (50.0%)	7 (13.5%)	27 (29.7%)	4 (33.3%)	0.12
Aucun	0 (0.0%)	21 (40.4%)	36 (39.6%)	4 (33.3%)	0.68
Intérêt des indicateurs déclaratifs de la ROSP					
Intérêt financier	1 (50.0%)	22 (42.3%)	46 (50.5%)	4 (33.3%)	0.61
Pas d'intérêt	1 (50.0%)	19 (36.5%)	37 (40.7%)	8 (66.7%)	0.29
Améliore la pratique	0 (0.0%)	15 (28.8%)	18 (19.8%)	1 (8.3%)	0.31

RÉSUMÉ

Introduction : La ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) est un mode de paiement à la performance mis en place en France depuis janvier 2012 pour améliorer la pratique. Les résultats des indicateurs déclaratifs ne sont pas publiés avec les résultats annuels de la ROSP calculés automatiquement. L'objectif de cette étude était de connaître si les indicateurs déclaratifs de la ROSP ont amélioré la pratique des médecins généralistes picards.

Matériel et méthode : Une étude descriptive, quantitative et transversale a été réalisée par questionnaire envoyé à 400 médecins généralistes exerçants dans la Somme, l'Oise et l'Aisne.

Résultats : 157 réponses ont été retournées. 24.8% des médecins ont changé leur pratique pour la prévention du pied diabétique, 15% pour l'évaluation du risque cardiovasculaire avant la prescription de statines, 15% pour l'intervention brève du tabac, 18.5% pour l'intervention brève de l'alcool, 15.4% pour la prévention de l'obésité, 14.7% pour le dépistage des troubles visuels et auditifs chez les 4-12mois et 14% pour le dépistage des troubles du langage chez les 3-5ans. Les principaux freins cités à la réalisation de ces indicateurs déclaratifs sont le manque de temps et de formation. Les résultats sont mitigés concernant la pertinence des indicateurs. Les médecins y voyaient surtout un intérêt financier (46.5%), seulement 21.6% y trouvaient une amélioration de pratique.

Conclusion : Les indicateurs déclaratifs de la ROSP amélioreraient peu les pratiques. Ils doivent évoluer pour être efficaces.

Mots-clés : médecin généraliste, rémunération à la performance, santé publique

ABSTRACT

Objective : The ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) is a performance-based payment system implemented in France since January 2012 to enhance medical practice. The results of declarative indicators are not disclosed alongside the annually computed ROSP results. The aim of this study is to determine whether the declarative indicators of the ROSP have improved the practices of general practitioners in the Picardy region.

Study design and Methods : A descriptive, quantitative and cross-sectional study was conducted through a questionnaire sent to 400 general practitioners in the Somme, Oise, and Aisne departments.

Results : A total of 157 responses were received. 24.8% of physicians changed their practice for diabetic foot prevention, 15% for assessing cardiovascular risk before prescribing statins, 15% for brief tobacco intervention, 18.5% for brief alcohol intervention, 15.4% for obesity prevention, 14.7% for screening of visual and auditory disorders in 4-12 months old infants, and 14% for screening of language disorders in 3-5-year-olds children. The main barriers mentioned for the implementation of these declarative indicators were a lack of time and training. The results were ambivalent regarding the relevance of the indicators. Physicians primarily perceived a financial incentive (46.5%), with only 21.6% seeing an improvement in practice.

Conclusion : The declarative indicators of the ROSP had a limited impact on medical practices. They must evolve to be effective.

Keywords : General practitioner, pay for performance, public health.

Titre : État des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique chez les médecins généralistes picards.

RÉSUMÉ

Introduction : La ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) est un mode de paiement à la performance mis en place en France depuis janvier 2012 pour améliorer la pratique. Les résultats des indicateurs déclaratifs ne sont pas publiés avec les résultats annuels de la ROSP calculés automatiquement. L'objectif de cette étude était de connaître si les indicateurs déclaratifs de la ROSP ont amélioré la pratique des médecins généralistes picards.

Matériel et méthode : Une étude descriptive, quantitative et transversale a été réalisée par questionnaire envoyé à 400 médecins généralistes exerçants dans la Somme, l'Oise et l'Aisne.

Résultats : 157 réponses ont été retournées. 24.8% des médecins ont changé leur pratique pour la prévention du pied diabétique, 15% pour l'évaluation du risque cardiovasculaire avant la prescription de statines, 15% pour l'intervention brève du tabac, 18.5% pour l'intervention brève de l'alcool, 15.4% pour la prévention de l'obésité, 14.7% pour le dépistage des troubles visuels et auditifs chez les 4-12mois et 14% pour le dépistage des troubles du langage chez les 3-5ans. Les principaux freins cités à la réalisation de ces indicateurs déclaratifs sont le manque de temps et de formation. Les résultats sont mitigés concernant la pertinence des indicateurs. Les médecins y voyaient surtout un intérêt financier (46.5%), seulement 21.6% y trouvaient une amélioration de pratique.

Conclusion : Les indicateurs déclaratifs de la ROSP amélioreraient peu les pratiques. Ils doivent évoluer pour être efficaces.

Mots-clés : médecin généraliste, rémunération à la performance, santé publique

ABSTRACT

Objective : The ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) is a performance-based payment system implemented in France since January 2012 to enhance medical practice. The results of declarative indicators are not disclosed alongside the annually computed ROSP results. The aim of this study is to determine whether the declarative indicators of the ROSP have improved the practices of general practitioners in the Picardy region.

Study design and Methods : A descriptive, quantitative and cross-sectional study was conducted through a questionnaire sent to 400 general practitioners in the Somme, Oise, and Aisne departments.

Results : A total of 157 responses were received. 24.8% of physicians changed their practice for diabetic foot prevention, 15% for assessing cardiovascular risk before prescribing statins, 15% for brief tobacco intervention, 18.5% for brief alcohol intervention, 15.4% for obesity prevention, 14.7% for screening of visual and auditory disorders in 4-12 months old infants, and 14% for screening of language disorders in 3-5-year-olds children. The main barriers mentioned for the implementation of these declarative indicators were a lack of time and training. The results were ambivalent regarding the relevance of the indicators. Physicians primarily perceived a financial incentive (46.5%), with only 21.6% seeing an improvement in practice.

Conclusion : The declarative indicators of the ROSP had a limited impact on medical practices. They must evolve to be effective.

Keywords : General practitioner, pay for performance, public health