

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS SUD

Thèse pour le Doctorat en médecine

Présentée par Carine CHHO

Née le 24/10/1986 à Villeneuve Saint Georges

Les changements comportementaux induits
par la Rémunération sur Objectifs de Santé
Publique (ROSP)

Directeur : Dr François RAINERI

Le Président de thèse

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

P/ Le président de l'université,
le vice-président, doyen de la faculté
de médecine Paris-sud

Professeur Rissane OURABAH

Professeur Serge Bobin

Remerciements

Au Docteur François RAINERI, maître de conférences associé, responsable de la recherche du département de médecine générale de l'université Paris Sud.

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse. Je vous remercie pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre grande disponibilité et votre patience.

Au Professeur Rissane OURABAH, directeur du département de médecine générale de l'université Paris Sud,

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils et votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

Au Professeur François BOUÉ, professeur des universités, praticien hospitalier, chef de service du service de médecine interne immunologie de l'hôpital Antoine-Béclère, adjoint au directeur du département de médecine générale de l'université Paris Sud,

Et

Au Professeur Patrice MARIE, professeur associé, responsable des stages, du tutorat et du site internet « Médecine générale » de l'université Paris Sud,

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie du jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et mon profond respect.

A la SFMG et plus particulièrement au **Docteur Yann THOMAS DESESSARTS** pour avoir contribué à l'aboutissement de ce travail en diffusant le questionnaire sur Internet.

Au **docteur Bernard GAVID**, **docteur Pascale ARNOULD**, **docteur Michel ARNOULD** pour la relecture de cette thèse et leurs conseils pertinents.

Au docteur Isabelle MYTYCH, pour son soutien et son aide précieuse.

A tous les médecins généralistes ayant participé à l'élaboration de cette thèse en acceptant de répondre au questionnaire.

A ma famille et mes amis qui m'ont toujours soutenu tout au long de ces années.

Sommaire

	Page
TITRE	1
REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
ABREVIATIONS	5
TABLES DES ILLUSTRATIONS	6
INTRODUCTION	7
MATERIELS ET METHODES	13
1. <u>Type et période d'étude</u>	14
2. <u>Population étudiée</u>	14
3. <u>Déroulement de l'étude</u>	14
4. <u>Analyse statistique</u>	15
RESULTATS	16
1. <u>Caractéristiques de la population</u>	17
1.1. L'âge.....	17
1.2. Le sexe.....	18
1.3. Le mode d'exercice.....	18
1.4. Connaissance des montants possibles de la ROSP.....	19
1.5. L'adhésion au CAPI.....	19
1.6. Le volume d'acte annuel.....	20
2. <u>Les indicateurs portants sur l'organisation du cabinet et la qualité de service</u>	20
2.1. La possession d'un équipement de télétransmission.....	20
2.2. Le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).....	21
2.3. La possession d'un logiciel permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle.....	21
2.4. Le logiciel d'aide à la prescription (LAP).....	22
2.5. Connexion aux téléservices.....	23
2.6. Affichage des horaires dans le cabinet.....	23
2.7. Les consultations sans rendez-vous.....	24
2.8. L'accès aux handicapés.....	24
2.9. L'élaboration de la synthèse annuelle.....	25
3. <u>Les indicateurs de suivi de pathologies chroniques</u>	26
4. <u>Les indicateurs de prévention et de santé publique</u>	27
4.1. Vaccination et dépistage des cancers.....	27
4.2. Le volume de prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques.....	27

5. <u>Les indicateurs d'efficience</u>	28
5.1. La prescription dans le répertoire des génériques.....	28
5.2. La prescription des génériques et le LAP.....	28
5.3. La prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (SARTANS).....	28
5.4. La prescription de l'aspirine.....	29
6. <u>La rémunération de la ROSP</u>	29
DISCUSSION	31
1. <u>Biais méthodologiques</u>	32
1.1. Biais de recrutement.....	32
1.2. Biais de volontariat.....	32
1.3. Biais de non réponse.....	32
2. <u>Caractéristiques des participants</u>	33
2.1. Données sociodémographiques.....	33
2.2. Des jeunes installés défavorisés.....	33
2.3. Concernant la connaissance préalable du paiement à la performance ou CAPI.....	34
3. <u>Les changements induits par la ROSP</u>	34
3.1. Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité du service.....	34
3.2. Les indicateurs de suivi des pathologies chroniques.....	35
3.3. Les indicateurs de prévention et de santé publique.....	36
3.4. Les indicateurs d'efficience.....	36
4. <u>L'inefficacité de la ROSP dans certains domaines</u>	37
4.1. Sous déclaration de certains indicateurs déclaratifs.....	37
4.2. Peu de plages de consultation sans rendez-vous.....	37
4.3. L'accès aux handicapés.....	38
5. <u>Comparaison avec l'expérience du Royaume Uni</u>	39
6. <u>Le bilan de la CPAM concernant la ROSP en France</u>	40
CONCLUSION	43
ANNEXES	
Annexe 1 : liste des indicateurs de la ROSP.....	46
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	47
Annexe 3 : Message de recrutement.....	56
BIBLIOGRAPHIES	57
SUMMARY	61
RÉSUMÉ	62

Abréviations

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FSE : Feuilles de Soins Électroniques

HbA1c: Hémoglobine glyquée

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

QOF: Quality and Outcomes Framework

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SARTANS : antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SNIIRAM : Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SNJMG : Syndicat national des jeunes médecins généralistes

TA : Tension artérielle

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Table des illustrations

Figures		Page
Fig.1	Répartition des praticiens en fonction de l'âge.....	17
Fig. 2	Répartition des praticiens en fonction du sexe.....	18
Fig. 3	Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice.....	18
Fig. 4	Connaissance des praticiens des revenus possibles avec la ROSP.....	19
Fig. 5	Répartition de l'adhésion des praticiens au CAPI.....	19
Fig. 6	Répartition du volume annuel d'actes parmi les praticiens.....	20
Fig. 7	Possession d'un équipement de télétransmission conforme ou mise en place dans le cadre de la ROSP.....	20
Fig. 8	Taux de FSE et modification des pratiques pour atteindre les objectifs de la ROSP.....	21
Fig. 9	Possession et utilisation d'un logiciel médical avant et dans le cadre de la ROSP.....	22
Fig. 10	Possession d'un LAP et changement de comportement avec la ROSP.....	22
Fig. 11	L'utilisation des téléservices et changement de comportement avec la ROSP.....	23
Fig. 12	Consultations sans rendez-vous et création d'une plage après la ROSP.....	24
Fig. 13	Accès des cabinets aux handicapés et réadaptation après la ROSP.....	24
Fig. 14	Déclaration et édition d'une synthèse annuelle par le logiciel médical.....	25
Fig. 15	Compatibilité et utilisation du logiciel métier pour la gestion des indicateurs déclaratifs de la ROSP.....	26
Fig. 16	Volume de prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques et changement de comportement induit par la ROSP.....	27
Fig. 17	Prescription des génériques et changement de comportement induit par la ROSP.....	28
Fig. 18	Distribution des praticiens répondant à la question : « la rémunération est-elle suffisante pour induire un changement durable? ».....	29
Fig. 19	Pourcentage du chiffre d'affaire de la ROSP nécessaire pour induire un changement selon les praticiens.....	30

INTRODUCTION

Au sein des systèmes de santé des pays développés, dans les années 1990, les États-Unis ont été parmi les premiers à proposer aux médecins des incitations financières visant à mieux rémunérer la « performance » et la « qualité » des soins. Pour ce faire, des dispositifs d'organisation et de gestions des soins plus intégrés et plus contraignant à la fois pour les professionnels de santé et pour les patients (*Managed care*) ont été mis en place. Ces incitations fondées essentiellement sur un parcours de soin imposé au patient et le contrôle a priori et a posteriori des pratiques du médecin ont connues leurs limites et ont été rejetées par une majorité de professionnels et d'usagers (*Managed care backlash*)^[1].

En Angleterre, le *Quality and outcomes framework* (QOF)^[2], introduit en 2004, a constitué la première expérience européenne de paiement à la performance à grande échelle^[3].^{4]} Il a été instauré après 18 mois de négociations entre le *National Health Service* et la section « généraliste » du *British Medical Association* pour encourager les généralistes à assurer un suivi de leur patientèle qui corresponde aux recommandations nationales de bonnes pratiques définies dans les *National Services Framework*. Le QOF comportait 135 indicateurs portant sur la qualité des soins, l'organisation des cabinets, ainsi que sur l'expérience du patient.^[5]

En France, s'inspirant du modèle anglais, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), a introduit par décision du 9 mars 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) parue au Journal Officiel du 21 avril 2009, un Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) destiné aux seuls médecins généralistes libéraux. Le contrat était justifié par l'espérance d'une augmentation de la qualité et de l'adéquation des soins, pour une meilleure efficience^[6]. Il prévoyait des «contreparties financières»^[7] liées à l'atteinte d'objectifs concernant la prescription, le dépistage, la prévention et le suivi des maladies chroniques chez les patients ayant signé le contrat du médecin traitant.

Ce contrat individuel entre la CNAMTS et le médecin généraliste a soulevé à l'époque l'opposition du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ^[8] et celle de la majorité des syndicats de généralistes ^[9, 10, 11], notamment pour ces derniers parce que les indicateurs proposés étaient construits et mesurés à partir des seules données du Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), concernant à l'époque environ 80% des assurés. Néanmoins en 17 mois, près d'un tiers des médecins généralistes, soit 16 000, ont signé un CAPI selon la CNAMTS. ^[12]

Finalement, prenant en compte des critiques enregistrées lors de l'élaboration du CAPI, le paiement à la performance a été généralisé à l'ensemble des médecins libéraux lors de la signature de la convention du 26 juillet 2011 par l'UNCAM et plusieurs syndicats médicaux représentatifs des médecins libéraux (Confédération des Syndicats Médicaux Français, MG France, Syndicat des Médecins Libéraux) pour une durée de 5 ans ^[13].

La rémunération sur objectif de santé publique dans la convention de juillet 2011

Une convention médicale désigne les textes qui régissent les relations entre les Caisses d'Assurance Maladie et les médecins. Elle fixe des principes généraux applicables à l'ensemble des médecins conventionnés et cadre notamment : la délivrance et la coordination des soins, la simplification administrative, les avantages sociaux. En échange de tarifs régulés pour leurs actes notamment la consultation, une partie de leurs cotisations (assurance maladie, assurance vieillesse) et charges est prise en charge. ^[14]

La convention de juillet 2011 assurait dans son préambule « que le paiement à l'acte [restait] le socle de la rémunération de la médecine générale » mais les signataires s'accordaient « sur la nécessité de mettre en œuvre de nouveaux modes de rémunération complémentaire valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique

relatifs à la prévention, au suivi des patients chroniques, à l'efficacité et à l'organisation du cabinet ».

Ainsi, tous les médecins généralistes conventionnés n'ayant pas refusé le dispositif dans les 3 mois qui ont suivi sa publication dans le journal officiel y étaient inclus.

Ce système comporte 29 indicateurs (Voir annexe 1) dont 10 items sont déclaratifs :

- 5 objectifs sur l'organisation du cabinet
- 9 objectifs concernant le suivi des pathologies chroniques
- 8 objectifs sur la prévention
- 7 objectifs sur l'efficacité des prescriptions

Deux conditions sont nécessaires pour prétendre à la rémunération concernant les indicateurs d'organisation du cabinet :

-Disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-vitale (version 1.40)

- Atteindre un taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins.

Les différents indicateurs chiffrés ne sont pris en compte qu'à partir d'un seuil d'inclusion de patients ou d'un seuil de nombre de boîte de médicaments atteint. Pour les indicateurs déclaratifs, il suffit au médecin de renseigner le formulaire que lui adresse sa caisse en fin d'année.

L'atteinte totale de chaque objectif ou leur progression vers la cible correspond à un nombre de points donnés. Chaque point correspond à un montant de 7€. La ROSP représente annuellement jusqu'à 9100€ de revenus supplémentaires calculés grâce à la formule suivante :

$\text{Nombre de points} \times \text{valeur du point (7€)} \times \text{nombre de patients}/800$

Par rapport au CAPI, 5 objectifs de pratique des soins sont inchangés :

- Le nombre de dosage d'hémoglobine glyquée (HbA1c) annuel,
- La prescription de statines et d'aspirine chez les patients diabétiques de type 2 à haut risque cardiovasculaire,
- La prévention de la grippe,
- Le dépistage du cancer du sein,
- La diminution de la prescription de benzodiazépine à demi-vie longue)

Quatre objectifs ont été modifiés :

- L'intervalle visé entre 2 consultations ophtalmologiques chez les patients diabétiques est passé de 1 à 2 ans
- La prise en compte des diabétiques prenant un anticoagulant pour la prescription d'aspirine chez les patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire
- La proportion visée de patients hypertendus ayant une pression artérielle $\leq 140/90$ mm Hg est passée de 50 à 60%
- La proportion visée de patients âgés de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs est passée de 7% à 5%

Objectif de l'étude

Les résultats disponibles concernant l'impact de la ROSP proviennent uniquement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), organisme à la fois fondateur et financeur de ce projet.

L'objectif principal de cette étude était de déterminer par une source différente de l'Assurance maladie si la mise en place d'incitations financières avait permis d'apporter un changement des pratiques des médecins généralistes libéraux.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type et période d'étude

Pour évaluer l'impact de la mise en place d'incitations financières sur les pratiques des médecins généralistes libéraux, nous avons privilégié une étude descriptive, déclarative et prospective, selon une méthodologie quantitative. L'enquête s'est déroulée du 26-06-2013 au 5-09-2013.

2. Population étudiée

Nous avons interrogé des médecins généralistes exerçant en libéral en France. Ils étaient signataires de la convention, n'avaient pas refusé la ROSP et étaient inscrits sur la liste des contacts de la Société Française de Médecine Générale (SFMG),

3. Déroulement de l'étude

Le questionnaire (voir Annexe 2), anonyme, comportait deux parties :

- Une première partie explorant les données socio démographiques des médecins répondeurs.

Pour ce questionnaire, ont été retenues après analyse de la littérature ^[15, 16], 6 questions fermées explorant les données qui pourraient potentiellement influencer les réponses concernant la ROSP, comme l'âge, le sexe, le type d'activité des médecins répondeurs, l'adhésion antérieure au CAPI, la connaissance préalable des montants possibles avec la ROSP.

- Une seconde partie explorant les changements de comportements éventuels des professionnels liés aux indicateurs de la ROSP.

Les 52 questions fermées de ce questionnaires ont été définies en regard des indicateurs de la ROSP tels qu'exprimés dans la convention médicale de juillet 2011 et leurs conditions

d'obtention dans la note méthodologique du dispositif de paiement sur objectifs de santé publique de juin 2013 fournie par la CNAMTS.

Pour vérifier leur validité, les questionnaires ont été préalablement testés sur un échantillon de 6 médecins généralistes enseignants de médecine générale qui ont analysé : la pertinence, l'intelligibilité des questions posées et la faisabilité globale.

Le logiciel LimeSurvey a été utilisé pour publier le questionnaire en ligne et a également permis la saisie automatique des réponses sous forme d'un tableau Excel. L'accessibilité Internet du questionnaire a été vérifiée préalablement à l'envoi.

Un courrier électronique contenant un message de recrutement (voir Annexe 3) ainsi qu'un lien redirigeant vers le questionnaire a été envoyé sur la liste de diffusion de la SFMG, soit 9220 adresses. Une inscription au préalable était demandée pour éviter les doublons. Afin d'obtenir le maximum de réponses, trois relances successives ont été faites.

4. Analyse statistique

Les résultats ont été recueillis et analysés de manière descriptive grâce au logiciel Excel 2010.

RÉSULTATS

L'enquête a permis d'obtenir au total 512 réponses sur 9220 soit 6% avec clôture des réponses le 05-09-2013. Seuls 479 questionnaires étaient complètement remplis donc analysables, soit 5%.

1. Caractéristiques de la population

1.1. L'âge

La médiane d'âge était de 54 ans et la moyenne d'âge de 52 ans.

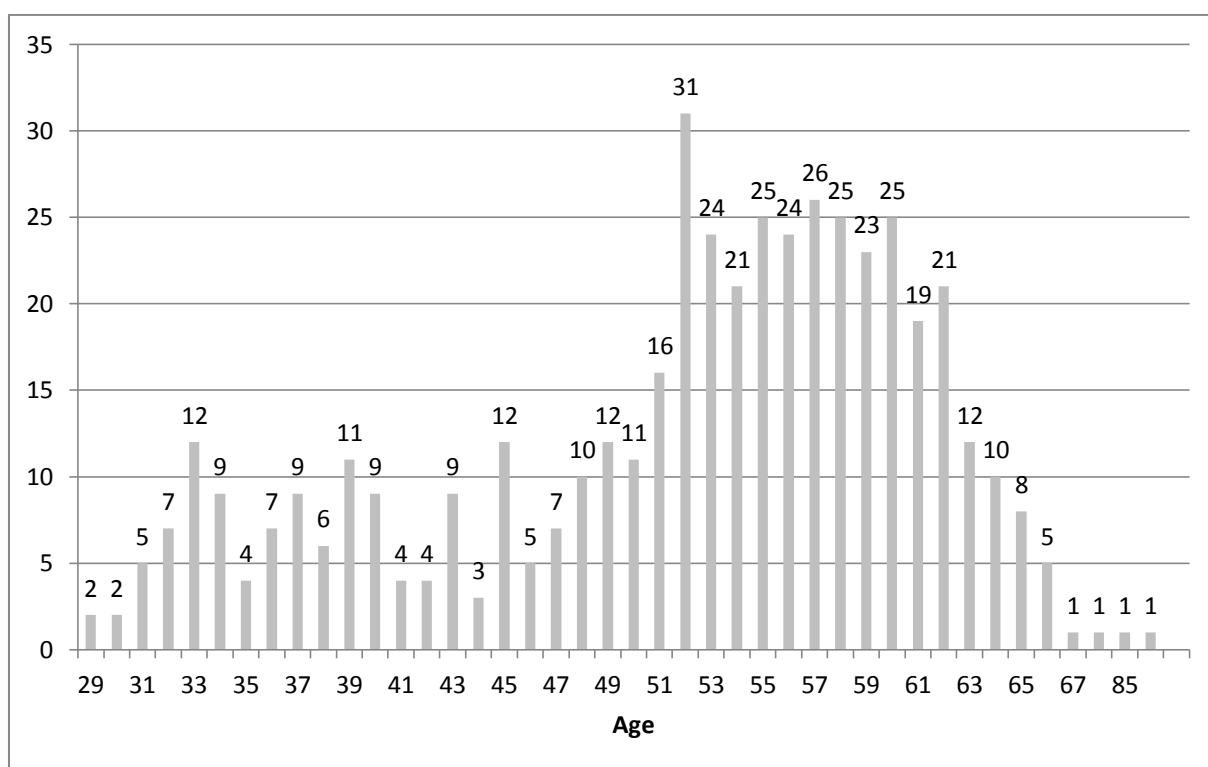


Fig. 1 : Répartition des praticiens en fonction de l'âge

1.2. Le sexe

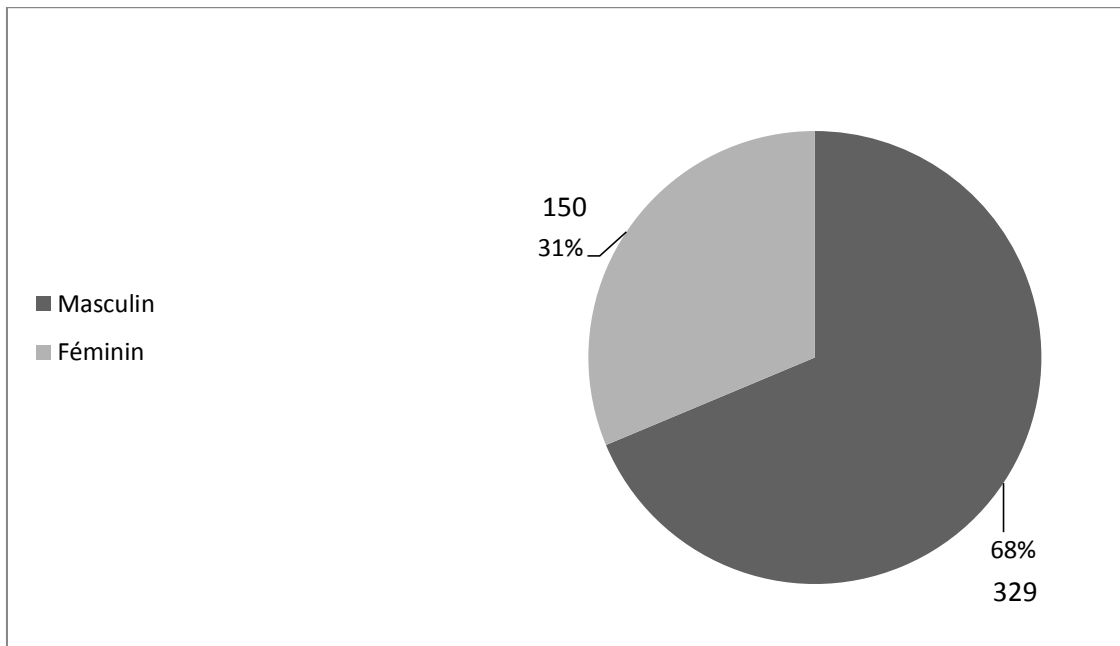


Fig. 2 : Répartition des praticiens en fonction du sexe

1.3. Le mode d'exercice

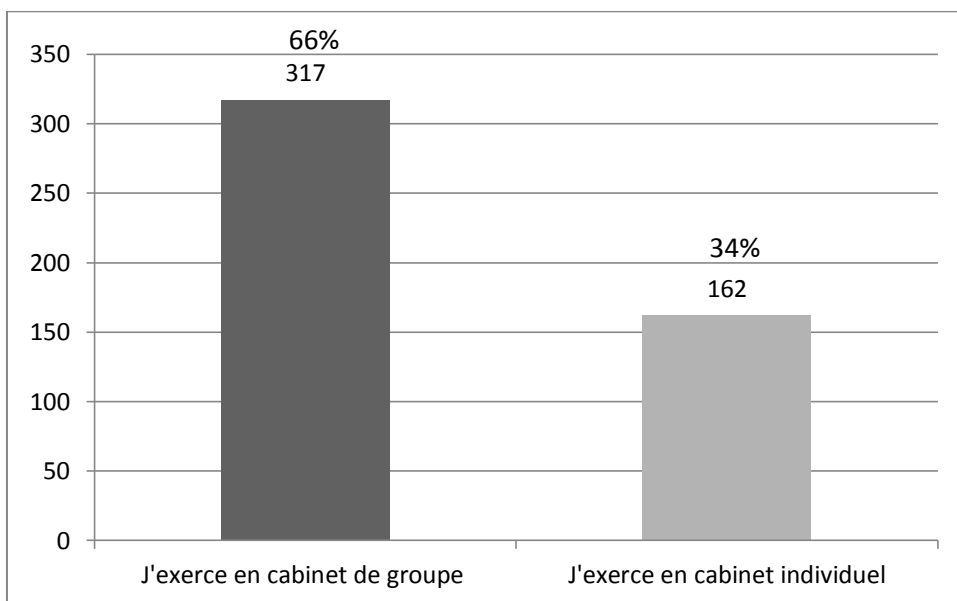


Fig. 3 : Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice

1.4. Connaissance des montants possibles de la ROSP

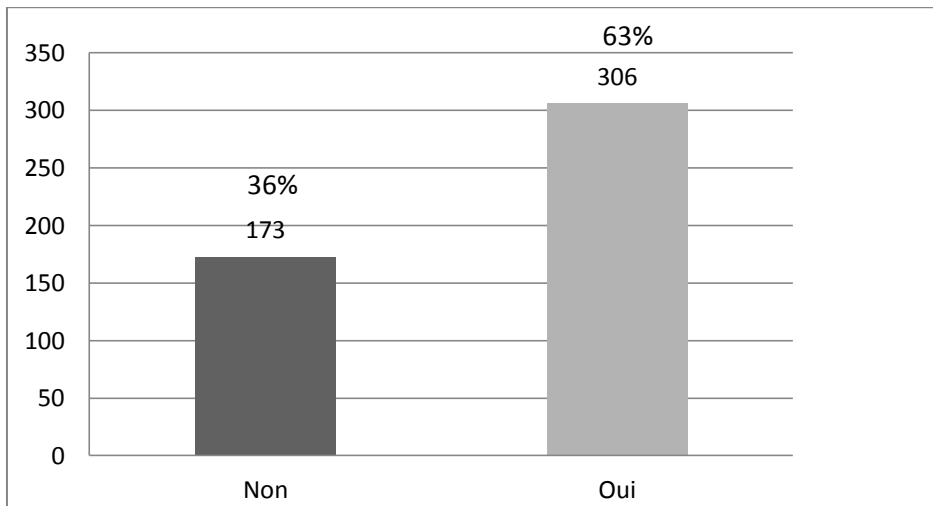


Fig. 4 : Connaissance des praticiens des revenus possibles avec la ROSP

1.5. L'adhésion au CAPI

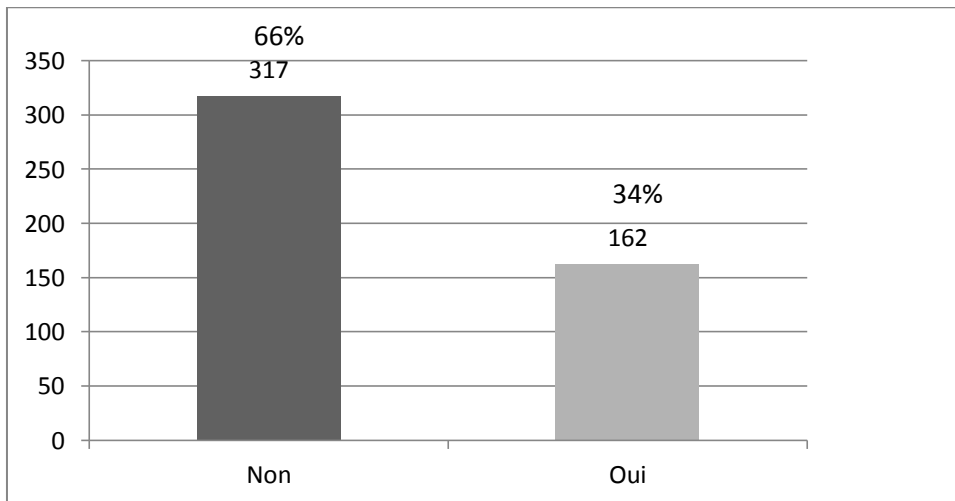


Fig. 5 : Répartition de l'adhésion des praticiens au CAPI

1.6. Le volume d'actes annuel

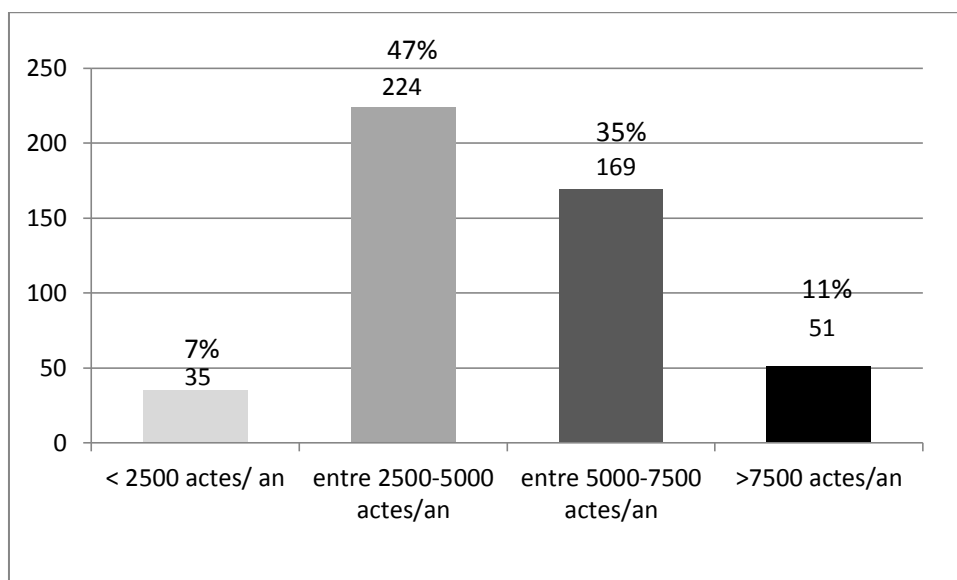


Fig. 6 : Répartition du volume annuel d'actes parmi les praticiens

2. Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

2.1. La possession d'un équipement de télétransmission

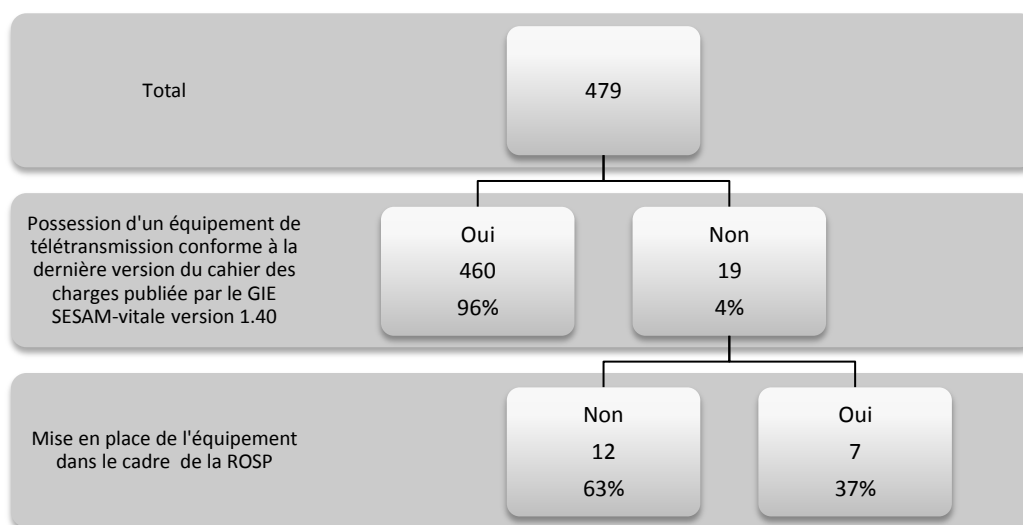


Fig. 7 : Possession d'un équipement de télétransmission conforme ou mise en place dans le cadre de la ROSP

2.2. Le taux de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE)

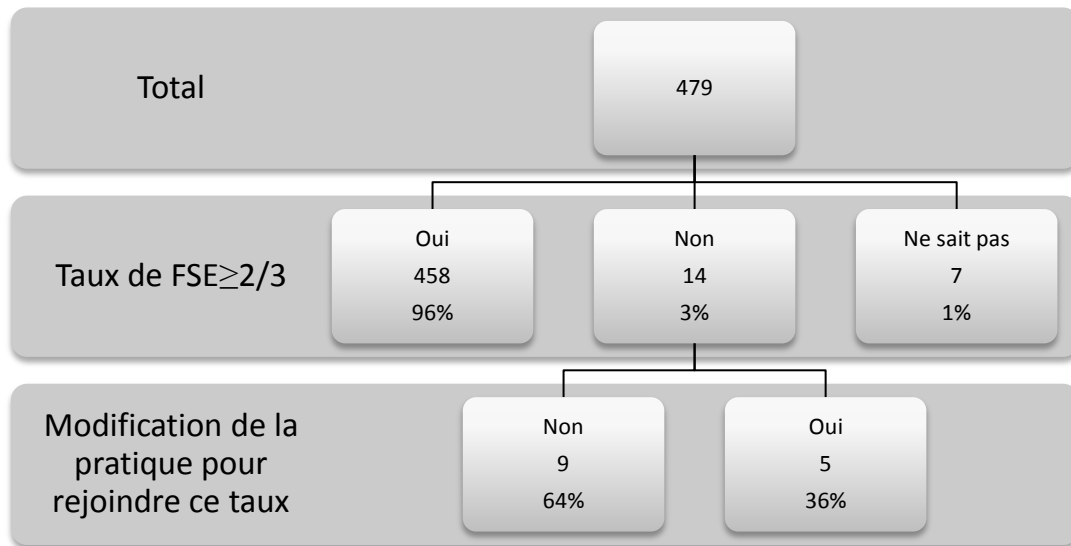


Fig. 8 : Taux de FSE et modification des pratiques pour atteindre les objectifs de la ROSP

2.3. La possession d'un logiciel permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle

Quatre cent dix-neuf praticiens (87%) ont envoyé à la CPAM un justificatif concernant la possession d'un logiciel informatique de tenue de dossier médical et 60 (13%) ne l'ont pas fait.

Trois cent soixante-cinq praticiens (76%) ont déclaré posséder un logiciel médical permettant d'exploiter de manière structurée les données de suivi clinique prises en compte dans les indicateurs déclaratifs de pratique clinique [Tension artérielle (TA), résultat de l'HbA1c, LDL-cholestérol] contre 61 (13%) qui ont répondu négativement et 53 (11%) qui ne savent pas.

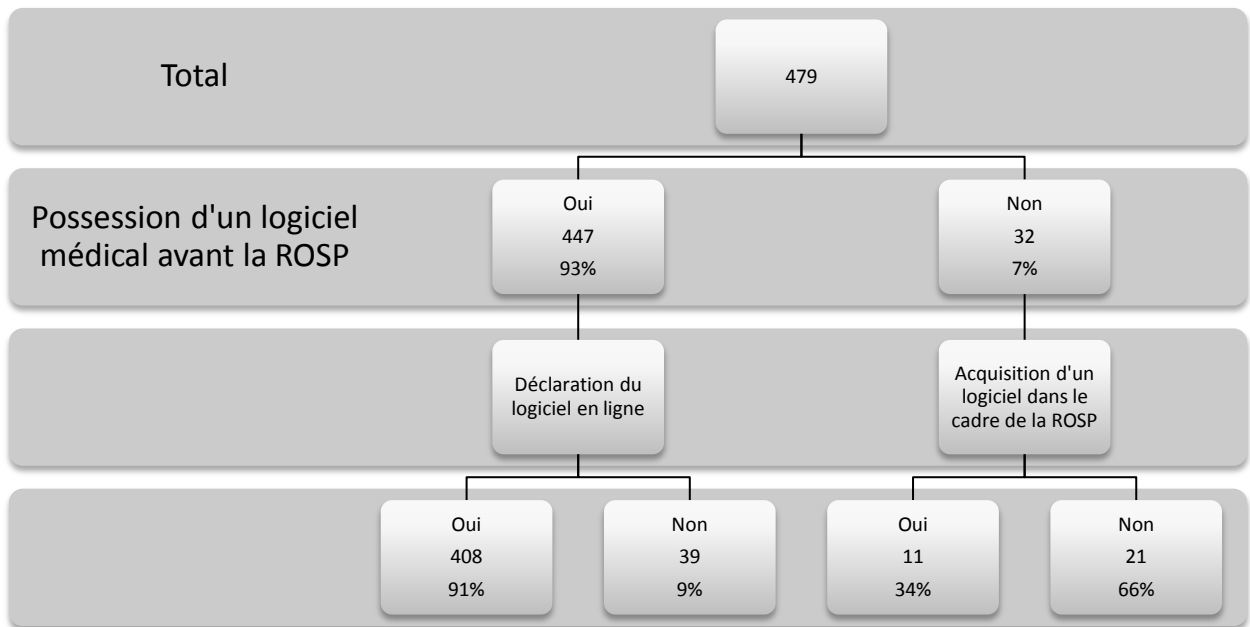


Fig. 9 : Possession et utilisation d'un logiciel médical avant et dans le cadre de la ROSP

2.4. Le logiciel d'aide à la prescription (LAP)

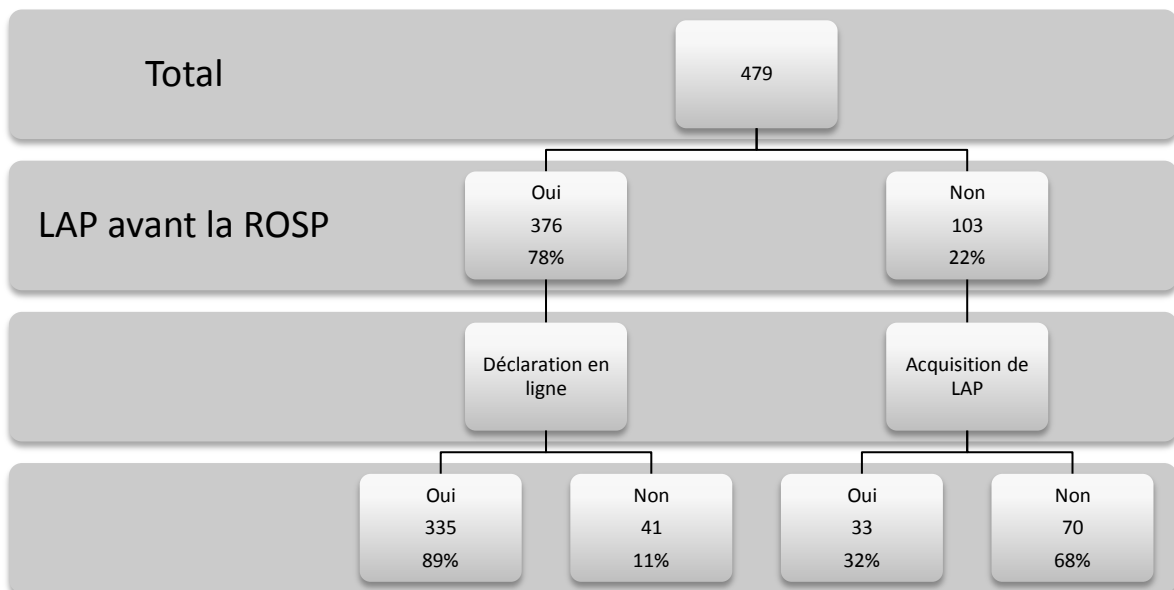


Fig. 10 : Possession d'un LAP et changement de comportement avec la ROSP

Au total, après introduction de la ROSP, 408 praticiens possédaient un LAP dont 358 (75%) qui ont envoyé un justificatif à la CPAM.

2.5. Connexion aux téléservices

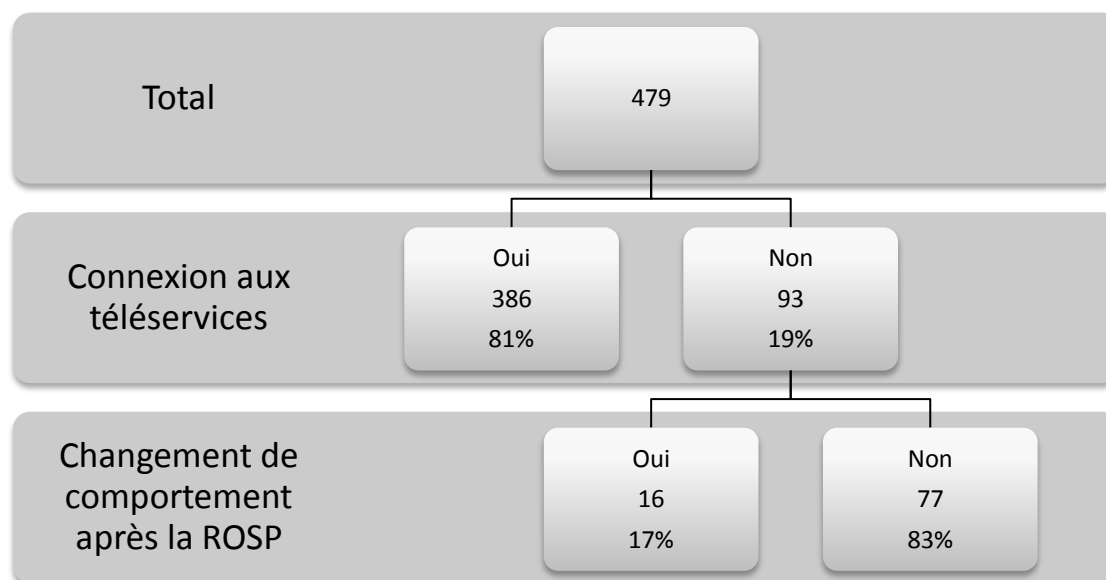


Fig. 11 : L'utilisation des téléservices et changement de comportement avec la ROSP

2.6. Affichage des horaires dans le cabinet

On a pu observer que 458 médecins (96%) ont déclaré afficher leurs horaires au cabinet mais seuls 398 (83%) en ont fait la déclaration en ligne.

2.7. Les consultations sans rendez-vous

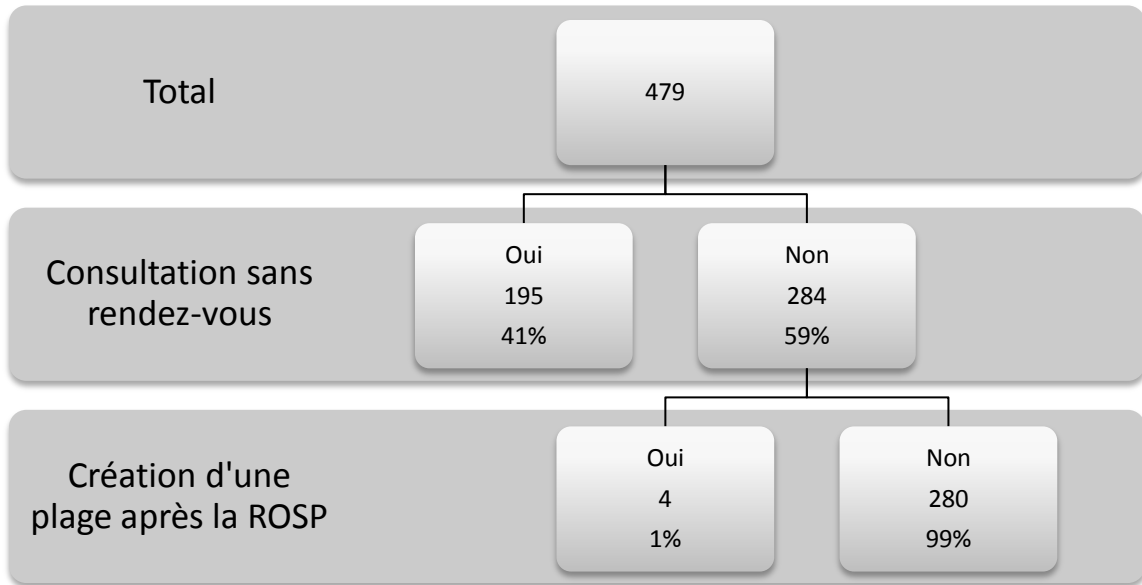


Fig. 12 : Consultations sans rendez-vous et création d'une plage après la ROSP

2.8. L'accès aux handicapés

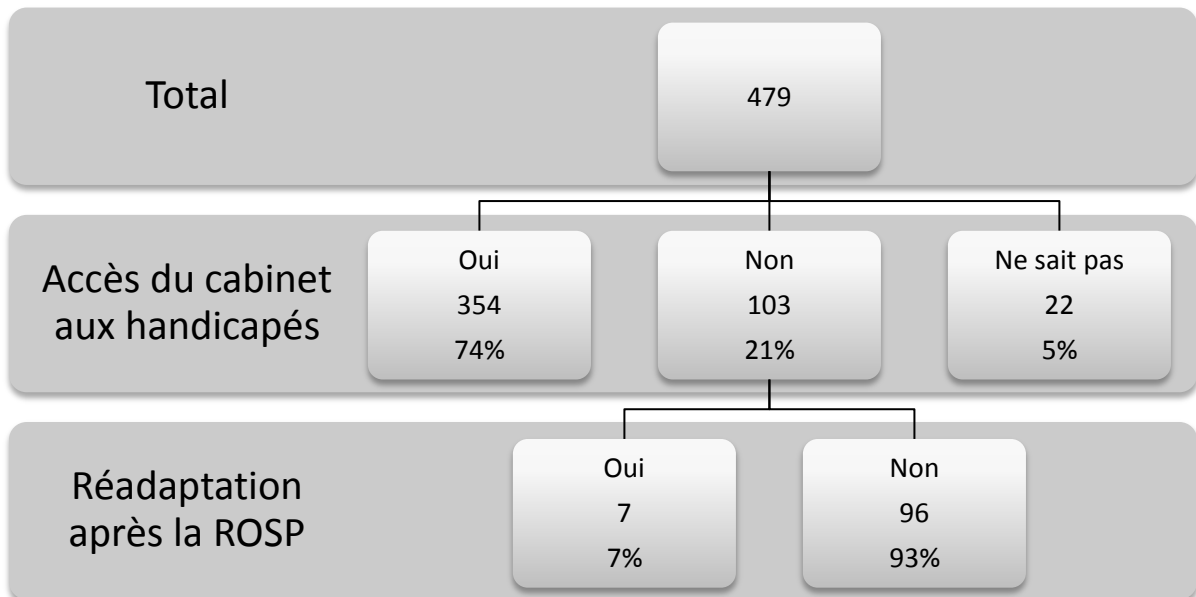


Fig. 13 : Accès des cabinets aux handicapés et réadaptation après la ROSP

2.9. L'élaboration de la synthèse annuelle

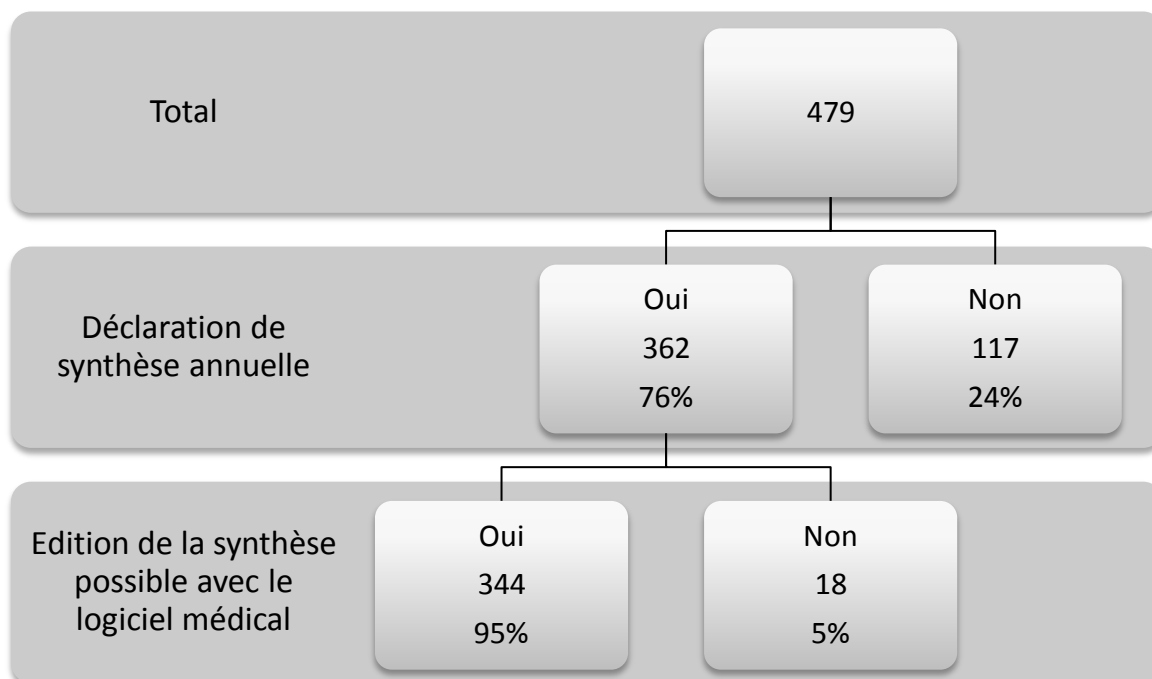


Fig. 14 : Déclaration et édition d'une synthèse annuelle par le logiciel médical

Parmi les praticiens qui ont déclaré en ligne pouvoir réaliser une synthèse annuelle mais qui ne pouvaient la réaliser avec leur logiciel médical, certains ont essayé de trouver une solution pour y remédier :

-Pour 10 praticiens (56%), il s'agissait d'un problème de structuration du dossier (thesaurus classification codage) qui ne permettait pas l'édition et 6 d'entre eux (60%) ont envisagé suite à cela d'en modifier la structuration.

-10 praticiens (56%) quant à eux ont contacté l'éditeur du logiciel ou recherché un autre logiciel pour pallier ce problème. Parmi eux, 6 faisaient partie des praticiens qui avaient une structuration de dossier inadaptée à l'édition de la synthèse (3 ont envisagé la modification de la structuration du dossier mais également contacté/recherché un autre logiciel).

3. Les indicateurs de suivi de pathologies chroniques

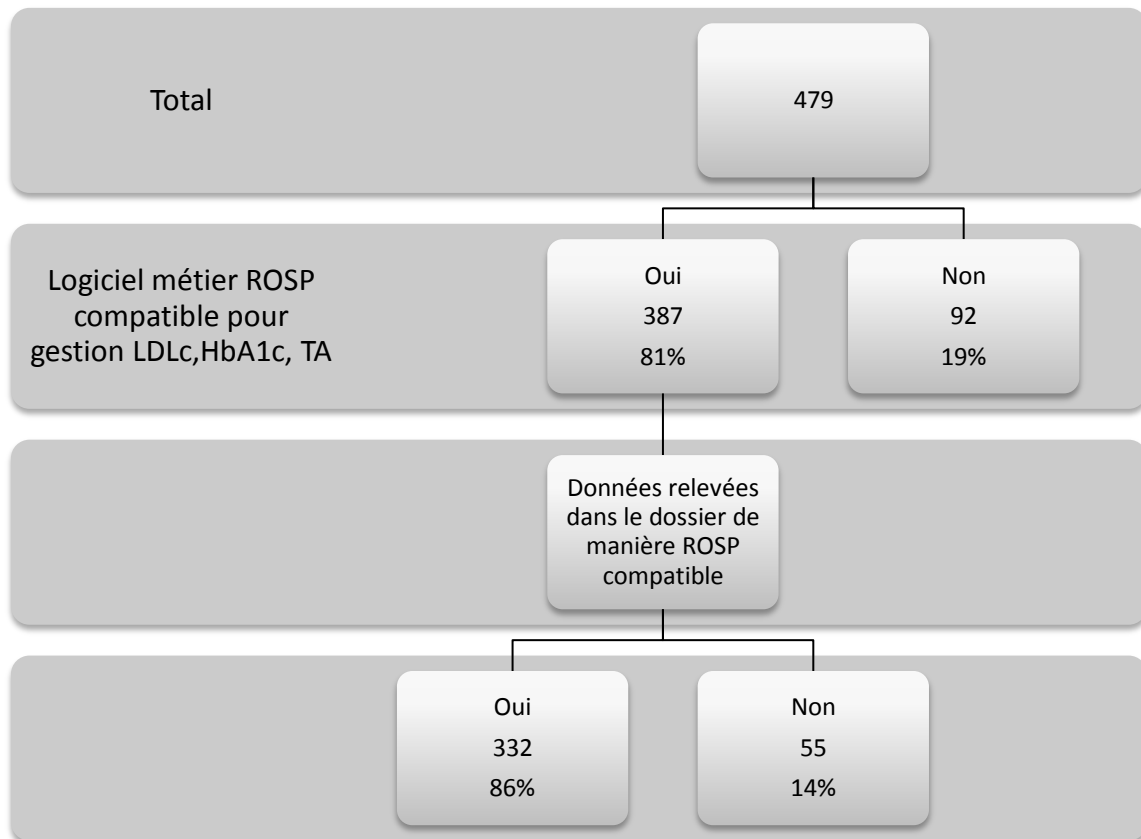


Fig. 15 : Compatibilité et utilisation du logiciel métier pour la gestion des indicateurs déclaratifs de la ROSP

Parmi les praticiens qui possédaient un logiciel ROSP compatible mais qui ne relevaient pas de manière adéquate les données dans le dossier, 26 d'entre eux (47%) ont envisagé un changement de comportement.

Pour ceux qui ne possédaient pas de logiciel ROSP compatible :

-26 soit 28% des praticiens envisageaient de changer de logiciel métier.

-85 soit 92% des praticiens relevaient tout de même les données diagnostiques, biométriques et biologiques dans leurs dossiers et parmi ceux-ci, 54 (64%) faisaient les

calculs relatifs aux indicateurs déclaratifs eux-mêmes et 5 (6%) les faisaient réaliser par une tierce personne.

4. Les indicateurs de prévention et de santé publique

4.1. Vaccinations et dépistage des cancers

On a pu observer que 226 praticiens (47%) vérifiaient systématiquement à chaque consultation si la vaccination antigrippale, les dépistages des cancers étaient à jour pour les populations concernées.

Lorsque cela n'était pas le cas, on a pu constater que 173 de ces praticiens (68%) ont décidé d'encourager plus fortement leurs patients à suivre les mesures de prévention.

4.2. Le volume de prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques

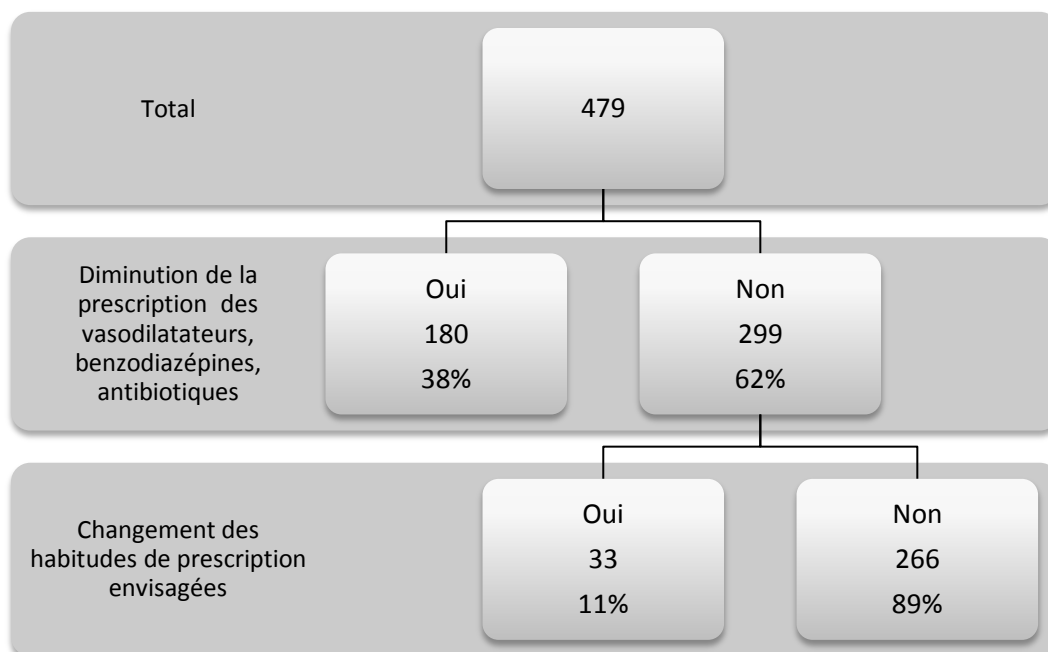


Fig. 16 : Volume de prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques et changement de comportement induit par la ROSP

5. Les indicateurs d'efficience

5.1. La prescription dans le répertoire des génériques

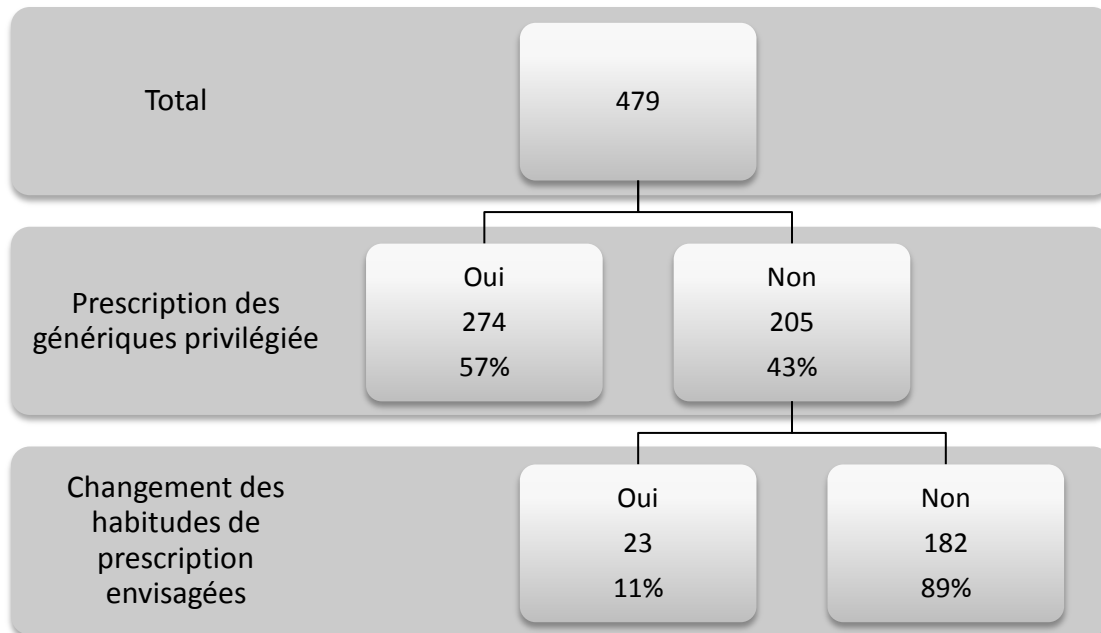


Fig. 17 : Prescription des génériques et changement de comportement induit par la ROSP

5.2. La prescription des génériques et le LAP

La majorité des praticiens (351 soit 73%) possédaient un LAP leur permettant de retrouver simultanément le princeps et les génériques disponibles sur le marché. Cependant, seul un tiers des praticiens (166 soit 35%), vérifiaient l'existence d'un générique avant la prescription.

5.3. La prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (SARTANS)

Deux cent vingt-sept des praticiens (47%) ont changé leurs habitudes de prescription en regard des IEC et SARTANS.

5.4. La prescription de l'aspirine

La majorité des praticiens (88%) ont déclaré privilégier l'aspirine sur leurs prescriptions par rapport aux autres antiagrégants plaquettaires.

6. La rémunération de la ROSP

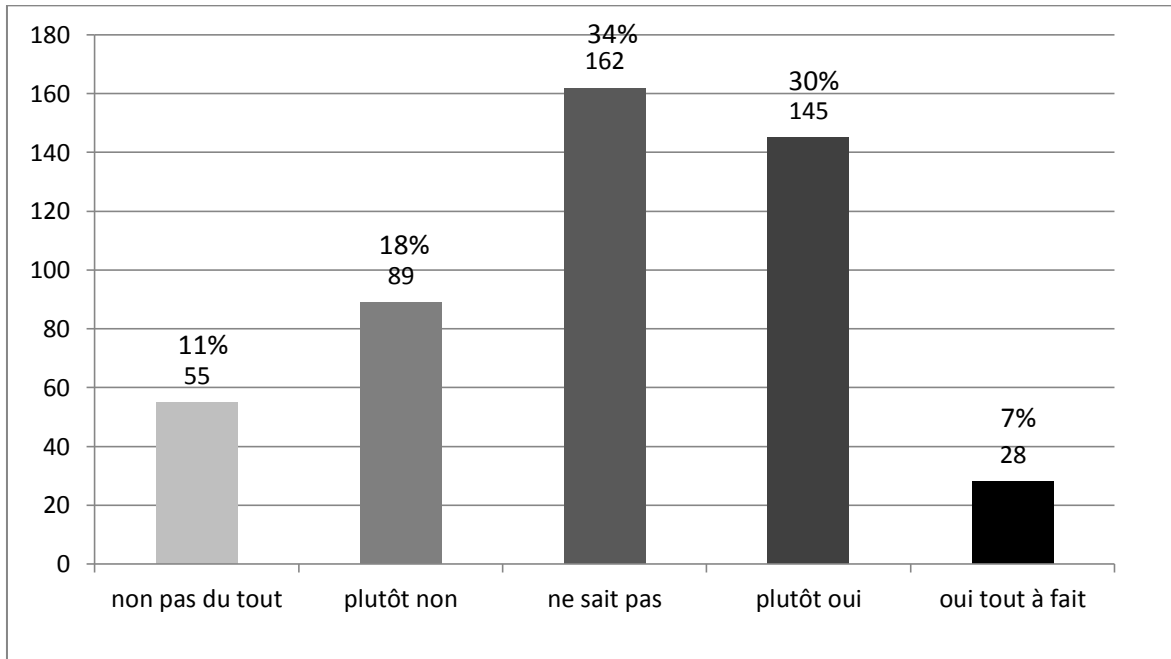


Fig. 18 : Distribution des praticiens répondant à la question : « la rémunération est-elle suffisante pour induire un changement durable? »

La majorité des praticiens interrogés (225 soit 47%) ont considéré qu'il faudrait que la ROSP représente entre 15 et 30% du chiffre d'affaire pour induire un changement.

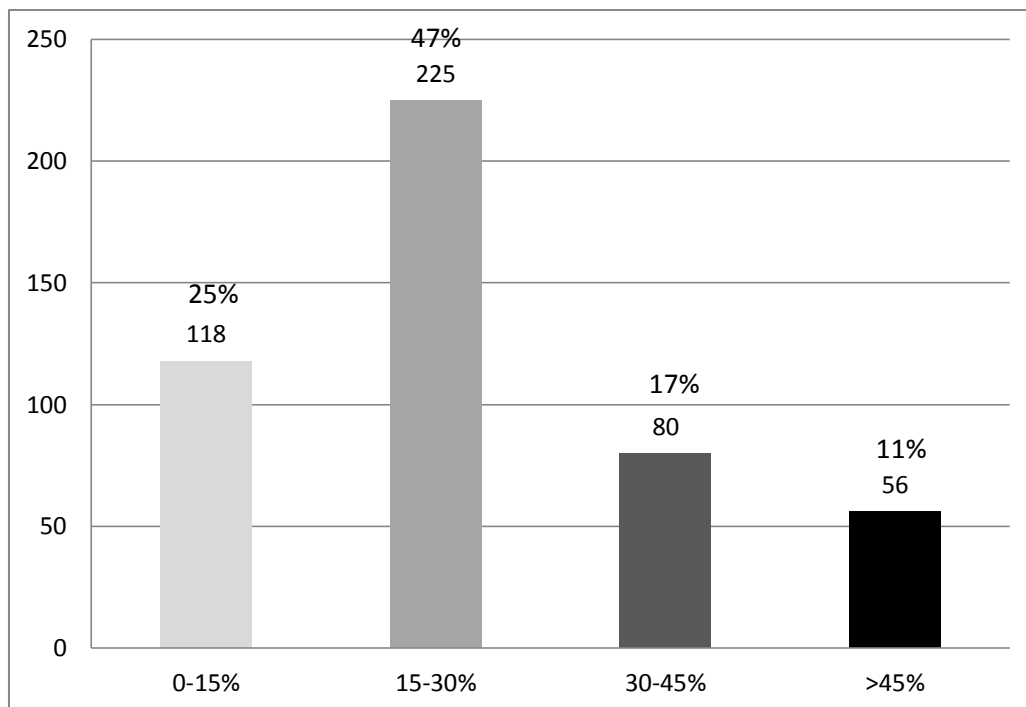


Fig. 19 : Pourcentage du chiffre d'affaire de la ROSP nécessaire pour induire un changement selon les praticiens

DISCUSSION

1. Biais méthodologiques

1.1. Biais de recrutement

La liste de diffusion de la SFMG ne touchait qu'environ 20 % des médecins généralistes en activité. Les participants de cette étude ayant été recrutés via une liste de diffusion fournie par une société savante, il est possible que certains de ces médecins puissent être plus sensibilisés à la thématique de la ROESP. La SFMG est également un organisme de formation entrant dans le cadre des Organismes Gestionnaires du Développement Professionnel Continu et du Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale. Cela serait également un argument possible en faveur d'un biais, tout en sachant que la SFMG organise également des formations en partenariat avec des éditeurs médicaux.

1.2. Biais de volontariat

Comme dans toutes les études non rémunérées, la participation était basée sur le volontariat avec peut-être des caractéristiques qui les différencient des non participants liées notamment au fait que l'étude soit proposée par la SFMG et réalisée dans le cadre d'un soutien à une thèse de médecine générale.

1.3. Biais de non réponse

Bien que le nombre de réponses obtenues ait semblé important, 95% des praticiens contactés n'ont pas répondu à l'enquête. L'envoi par la liste de diffusion sur les messageries électroniques, est un facteur favorisant la mise automatique de ces courriers dans les indésirables des boîtes aux lettres. De plus, les adresses électroniques des médecins étant susceptibles d'avoir changé, la liste de diffusion pouvait ne plus être à jour au moment de la diffusion du questionnaire. Ceci pouvant entraîner de ce fait un taux de non-réponse important différent d'un refus de participer à l'étude.

2. Caractéristiques des participants

2.1. Données sociodémographiques

La répartition selon le sexe et le mode d'exercice, à savoir une majorité d'hommes pour une activité en cabinet de groupe, correspondait aux proportions en rapport avec le profil d'âge au niveau national.

2.2. Des jeunes installés défavorisés

La plupart des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire correspondaient à ceux qui étaient à priori installés avec une patientèle déjà formée, peu de jeunes médecins ont répondu au questionnaire.

Ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ce système de paiement a été jugé pénalisant pour les jeunes installés, ne touchant parfois même pas de rémunération pour l'organisation du cabinet.

En effet, le Syndicat national des jeunes médecins généralistes (SNJMG) a fait valoir que « les jeunes installés, n' [ont] pas droit aux égards de la Sécurité sociale »^[17]. De plus, le SNJMG soulignait que les généralistes installés en 2012 (environ 900 médecins) et 2013 ne percevraient, eux, leurs éventuels bonus 2012 et 2013 qu'à l'été 2014 au mieux ; ces retards étant jugés « *discriminatoires et inacceptables* »^[18].

La rémunération se faisant proportionnellement à la taille de la patientèle et selon la date d'installation, le syndicat jugeait également la ROSP « *par essence discriminatoire envers les jeunes médecins* », qui se constituaient progressivement leur clientèle. Le montant de la ROSP 2013 des jeunes médecins installés depuis moins d'un an s'établissait à 1 000 euros environ, contre 5 774 euros par généraliste en moyenne.

Pour essayer d'y remédier, l'avenant n°11 à la convention médicale, signé le 23 octobre 2013 et paru au Journal Officiel du 30 novembre 2013, a modifié le mode de calcul pour ces jeunes installés en tenant compte notamment de leur patientèle à la fin de l'année (et non plus au début)^[19].

2.3. Concernant la connaissance préalable du paiement à la performance ou CAPI

Un tiers des participants déclaraient avoir participé au CAPI, ce qui correspondait à la proportion de ceux qui y avaient réellement participé d'après la CPAM^[20]. Ce qui était un point plutôt positif en faveur de la représentativité de l'échantillon.

Si 30% des participants ne savaient pas à combien correspondait la ROSP avant sa mise en pratique, en revanche, 29% des médecins interrogés, considéraient après paiement que la rémunération de la ROSP était insuffisante pour induire une modification comportementale et qu'il faudrait qu'elle représente entre 15 et 30% du chiffre d'affaire pour induire un changement. Compte tenu des moyens organisationnels nécessaires à son efficacité il est intéressant de noter qu'intuitivement les médecins français rejoignaient les données anglaises. En effet, en Angleterre le paiement à la performance avec le QOF a ainsi permis d'obtenir jusqu'à 96,1% de réalisation des objectifs en 2012-2013^[21] grâce à des primes représentant environ 25% des revenus des cabinets médicaux^[22].

3. Les changements induits par la ROSP

3.1. Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité du service

On a pu observer que la plupart des cabinets médicaux de médecine générale étaient déjà informatisés avant la mise en place de la ROSP avec 93% possédant un logiciel médical, 78% possédaient un LAP, 96% qui télétransmettaient plus des deux tiers de leurs FSE, et 81% qui utilisaient les téléservices.

La ROSP a permis au tiers des médecins non informatisés de rejoindre les autres et par conséquent, de se mettre également à niveau pour la télétransmission, l'utilisation des téléservices ainsi que pour l'utilisation d'un LAP, où l'on a pu constater un changement positif dans les mêmes proportions.

Cependant, la moyenne d'âge des répondants étant de 52 ans, ceux qui sont restés réfractaires n'ont peut-être pas estimé utile de se former à l'utilisation de l'informatique avant leur retraite. De plus, l'achat, l'entretien et le renouvellement du matériel, des logiciels (2000-3000 €/an/poste hors mise à jour majeure) sont coûteux, et non couverts par la rémunération proposée dans la ROSP.

Au sujet de l'élaboration de la synthèse annuelle, la mise en place de la ROSP a tout de même permis d'initier un changement au niveau du logiciel médical soit en les incitant à utiliser un logiciel prenant en charge cette fonctionnalité ou en contactant l'éditeur pour qu'il se mette à niveau (56%). Cet indicateur a donc permis aux médecins généralistes de s'interroger sur la pertinence du logiciel utilisé. Par contre, une conséquence positive de ce type d'indicateur serait une évolution vers un dossier médical mieux tenu où il serait plus facile de retrouver des informations pertinentes et rapidement. En effet, 60% des praticiens pour qui, il s'agissait d'un problème de structuration de dossier ont envisagé suite à cela de la modifier.

3.2. Les indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Au niveau du relevé des données relatives aux indicateurs déclaratifs cliniques, la plupart des praticiens possédait déjà un logiciel « ROSP compatible » (81%) et l'utilisait de manière adéquate pour le calcul des données (86%).

Pour les autres, ils envisageaient une gestion des données plus rigoureuse et « ROSP compatible » lorsque cela était possible (47%) ou le changement de logiciel métier (28%).

Certains déclaraient réaliser manuellement les calculs relatifs à ces indicateurs (64%) ou le faisaient faire par une tierce personne (6%).

3.3. Les indicateurs de prévention et de santé publique

Moins de la moitié des praticiens (47%) pensaient à vérifier systématiquement le statut vaccinal et celui des dépistages de cancers curables lors d'une consultation. Or, depuis l'instauration de la ROSP, on a tout de même pu observer que 68% de ceux qui n'y prêtaient pas attention auparavant ont changé d'attitude et décidé de s'astreindre à développer les mesures de prévention.

Toutefois, les médecins généralistes ne maîtrisent en aucune mesure l'organisation de la prévention. En effet, les patients pouvaient, par exemple, se voir proposer la vaccination de la grippe par de multiples intervenants et le dépistage du cancer du sein ou du col utérin dans un cadre organisé comme dans un cadre individuel, en médecine générale comme par d'autres spécialités. Par ailleurs, les données récentes de la science concernant certains actes de prévention, sur l'efficacité du vaccin contre la grippe ^[23] en outre où les controverses récentes liées au diagnostic par excès lors du dépistage du cancer du sein ^[24] peuvent jouer contre la ROSP sur ces sujets.

Au niveau de la prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques, on a pu constater qu'un effort a été aussi réalisé sur la diminution du volume de prescription (38%) ou envisagé quand ce n'était pas le cas (11%).

3.4. Les indicateurs d'efficience

Onze pour-cent de ceux qui ne privilégiaient pas la prescription dans le répertoire des génériques ont décidé d'envisager de changer leurs habitudes de prescription et de participer ainsi au comblement du déficit de la sécurité sociale. Ce que l'on ne retrouvait pas en

Angleterre par exemple, où le QOF a été mis en place pour améliorer les pratiques et où il n'y a pas ce souci d'efficacité et d'économie.

De plus, de nombreux patients, en particulier les personnes âgées, demandent avec insistance la prescription du princeps mais cela devrait bientôt changer en France avec la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, qui a programmé pour 2015 l'obligation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale ^[25].

4. L'inefficacité de la ROSP dans certains domaines

4.1. Sous déclaration de certains indicateurs déclaratifs

Il était étonnant de constater que certains indicateurs déclaratifs étaient sous déclarés ou que les praticiens n'avaient pas fourni de justificatif pour remplir l'objectif alors qu'il était déjà atteint. La non-déclaration s'élevait à 9% pour les logiciels médicaux, 11% pour le LAP, 17% pour l'affichage des horaires du cabinet et l'absence de justificatif à 13% pour les logiciels médicaux. Cela a donc probablement abouti à une sous-évaluation des chiffres réels par la CPAM.

On peut se demander pourquoi cela n'a pas été réalisé dans les délais impartis pour bénéficier de la ROSP. Le problème se situe probablement au niveau de la complexité des démarches à effectuer, au manque d'information, aux problèmes de connexion au site Ameli.fr ou à l'inertie des comportements compte tenu de la faiblesse des enjeux.

4.2. Peu de plages de consultation sans rendez-vous

Plus de la moitié des praticiens ne consultaient que sur rendez-vous, et n'ont pas, pour la majorité, changé leurs habitudes malgré la ROSP, probablement pour des questions de

convenance personnelle, de gestion du temps professionnel ou pour éviter d'avoir un trop grand nombre de patients sur un créneau horaire restreint avec la tension qui en résulte.

4.3. L'accès aux handicapés

Vingt et un pourcents des cabinets n'étaient pas accessibles aux handicapés et seuls 7% ont pu être mis aux normes après la ROSP.

Or, la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé les exigences en matière d'accès des personnes handicapées aux établissements recevant du public.

Ainsi, l'article L.111-7 du code de la construction et de l'habitation prévoit que les établissements recevant du public doivent être accessibles « aux personnes handicapées quel que soit le type de handicap, notamment physique, sensoriel, cognitif mental ou psychique ».

Depuis le 1er janvier 2007, tout nouveau cabinet médical ou tout nouvel immeuble comprenant un cabinet médical doit répondre à ces exigences. Une échéance est toujours fixée au 1^{er} janvier 2015 pour la mise aux normes obligatoire des autres cabinets.

L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements, et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements.

Le conseil de l'ordre a d'ailleurs souligné que « si l'objectif de cette réglementation [était] louable, [il était] perplexe sur sa mise en œuvre dans les entreprises libérales de très petite taille»^[25]. En effet, ces mesures sont complexes à réaliser avec beaucoup de démarches à effectuer avant la mise en œuvre éventuelle de travaux avec les permis de construire et un coût qui n'est pas à négliger.

5. Comparaison avec l'expérience du Royaume Uni

L'investissement institutionnel a été nettement moindre dans la ROSP : en effet l'assurance maladie a souhaité situer son programme dans un jeu à somme nulle, l'argent supplémentaire alloué aux médecins étant censé être compensé par les économies résultant de l'application du programme. En effet, quatre cent millions de livres de plus qu'escomptées à l'origine avaient été déboursées dès la première année de mise en place du QOF^[26] ce qui avait provoqué un débat largement relayé dans les médias^[27].

Le QOF visait à améliorer la qualité des soins et faire évoluer l'organisation du travail comme le CAPI mais bien que l'adhésion soit volontaire pour le QOF, la rémunération était telle que tous les cabinets s'y sont impliqués. La rémunération des praticiens anglais a augmenté de manière importante : +23% en 2006 par rapport à 2004, 46% ayant un revenu supérieur à 100 000 livres de sorte qu'aujourd'hui le QOF représente entre 20 et 30% du revenu total du praticien^[28].

Contrairement à la convention médicale française valable pour une durée de 5 ans, les indicateurs du QOF sont révisés annuellement par l'Agence Britannique d'évaluation médicale, le *National Institute for Health and Clinical Excellence* et le *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* selon leur niveau de preuve, le niveau de consensus professionnel, l'adhésion des praticiens et des patients, l'impact sur la santé et les charges induites pour les praticiens.

Les indicateurs du QOF couvrent beaucoup plus de domaines avec leurs 86 indicateurs cliniques alors que la ROSP n'en contient que 29 dont seulement 9 ne concernent que l'aspect clinique.

La ROSP associe à la fois des objectifs de maîtrise de dépenses de santé ainsi que des incitations à participer à des actions de santé publiques et de standardisation des pratiques.

Cela le différencie du QOF où le paiement à la performance est distinct des objectifs de maîtrise des dépenses pour éviter les suspicions de conflits d'intérêt.

Ensuite, la différence se situe également au niveau de ses destinataires. En effet, le QOF s'adresse, dans un contexte informatique national identique sur tout le territoire avec le *National Health Service*, à des cabinets de première ligne pluridisciplinaires dotés d'outils informatiques développés et organisés pour des équipes (*practice manager*) permettant de gérer les incitations qui leur sont adressées. En France, le dispositif s'adresse à des médecins isolés qui disposent de peu de moyens techniques ou humains. Le contexte d'implantation apparaît comme un élément déterminant des effets que l'on peut attendre de cette forme de rémunération^[29].

6. Bilan de la CPAM concernant la ROSP deux ans après sa mise en place

Selon l'assurance maladie^[30], le dispositif de la ROSP, deux ans après sa mise en place, a confirmé la progression observée en 2012 qui s'est poursuivie en 2013.

Le taux général d'atteinte des objectifs plutôt encourageant en 2012 s'est amélioré : il est passé en un an de 51,1% à 59,7% pour l'ensemble des omnipraticiens, soit 8,6 points de plus. En conséquence, le budget consacré par la Sécurité sociale à la ROSP a augmenté. Il s'est élevé de 280 millions d'euros à 341 millions d'euros.

La prime annuelle moyenne perçue était de 5774 euros pour les médecins généralistes, contre 4982 euros seulement en 2012.

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

Ensuite, cette évolution s'est inscrite dans une évolution d'opinion de plus en plus favorable à ce dispositif : selon une enquête d'opinion conduite fin 2013 par la CPAM, 7 français sur 10 considéraient désormais que le système de rémunération sur objectifs de santé publique était une bonne chose. Quant aux médecins, s'ils étaient plutôt réservés vis-à-vis de la mise en place du CAPI en 2011, ils étaient à présent 57% (dont 71% pour les médecins ayant signé un CAPI) à considérer que l'Assurance Maladie les aidait par cette évolution à atteindre leurs objectifs de santé publique.

Cette dynamique positive s'est traduite concrètement dans une progression globale des indicateurs de suivi de la ROSP :

- Concernant le volet « organisation du cabinet » :

C'est la partie du dispositif qui a le plus progressé avec une hausse de +12 points, en passant de 58,3% à 70% chez les omnipraticiens. Ce résultat témoignerait selon la CPAM de la modernisation rapide et massive des cabinets.

- Quant au volet de « la pratique clinique » :

Tout d'abord, les indicateurs de suivi des maladies chroniques ont progressé : + 6,6 points soit de 49,5% à 56,1%, ayant pour conséquence comme l'a souligné la CPAM un meilleur suivi des patients diabétiques, au centre de ce volet.

Ensuite, les critères d'optimisation et d'efficacité des prescriptions se sont également améliorés eux aussi de façon générale : + 8,2 points soit de 55% à 63,3%.

Enfin, le volet prévention, quant à lui, a progressé de +5,5 points soit de 34,5% à 40%. Son niveau d'atteinte est resté cependant en deçà des autres volets avec de fortes disparités entre les différents indicateurs. D'un côté, les indicateurs au service de la prévention et de la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse allaient dans le bon sens et tiraient le résultat de ce volet

vers le haut. De l'autre, les indicateurs relatifs à la vaccination et aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus étaient en recul sur deux ans.

CONCLUSION

Cette enquête a permis de montrer dans l'échantillon concerné que la rémunération sur objectifs de santé publique a bien permis d'amorcer un changement comportemental des praticiens suite à l'introduction du dispositif. Dans la plupart des situations un tiers des réfractaires envisageaient un changement, ce qui semblait indiquer un mouvement initiateur d'un changement positif, significatif et durable.

En effet, cette tendance s'est confirmée en comparant ces résultats avec ceux du bilan de l'Assurance Maladie deux ans après la mise en place du dispositif. L'évolution de l'opinion des médecins d'une part, les résultats obtenus pour la 2^{ème} année de la ROSP d'autre part, semblent conforter la pertinence de la démarche proposée par l'Assurance maladie : améliorer la qualité des soins au service du patient. Surtout, ils laissent supposer que cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir.

D'ailleurs, devant le succès du dispositif, la ROSP a été étendue aux spécialistes en cardiologie, médecine vasculaire et gastro-entérologie. Elle est en cours d'extension aux endocrinologues, pédiatres, néphrologues.

Cependant, contrairement à nos homologues anglais, l'investissement financier est moindre de la part de la Caisse nationale d'assurance maladie dans le dispositif, ce qui

pourrait constituer un frein dans la poursuite de l'amélioration des indicateurs notamment de l'organisation du cabinet dont la réalisation peut s'avérer trop coûteuse pour une petite structure telle qu'un cabinet.

Ce dispositif nécessiterait des études régulières pour vérifier sa pertinence au long cours et la validité de ses indicateurs.

Le Président de thèse

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

P/ Le président de l'université,
le vice-président, doyen de la faculté
de médecine Paris-sud

Professeur Rissane OURABAH

Professeur Serge Bobin

Annexe 1 : liste des indicateurs de la ROSP

INDICATEURS	POINTS
INDICATEURS D'ORGANISATION DU CABINET	
Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
Affichage dans le cabinet et sur le site ameli.fr des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
TOTAL	400
INDICATEURS DE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	
Nombre de dosage de l'HbA1c	30
Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5%	15
Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5%	25
Résultats du dosage de LDL < à 1,5g/l	10
Résultats du dosage de LDL < à 1,3g/l	25
Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine	35
Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par aspirine à faible dose	35
Résultats de la mesure de la pression artérielle	35
TOTAL	250
INDICATEURS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE	
Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en Affection de Longue Durée	20
Dépistage du cancer du sein	35
Vasodilatateurs	35
Benzodiazépines à demi-vie longue	35
Durée de prescription des benzodiazépines	35
Dépistage du cancer de l'utérus	35
Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
TOTAL	250
INDICATEURS D'EFFICIENCE	
Prescription dans le répertoire des antibiotiques	60
Prescription dans le répertoire des inhibiteurs de la pompe à protons	60
Prescription dans le répertoire des statines	60
Prescription dans le répertoire des antihypertenseurs	55
Prescription dans le répertoire des antidépresseurs	55
Ratio IEC/ (IEC+sartans)	55
Nombre de patients traités par aspirine à faible dosage, rapportés à l'ensemble des patients traités par antiagrégants plaquettaires	55
TOTAL	400

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Caractéristiques du praticien

1) Age du praticien

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ

? Merci de donner votre âge

2) Etes-vous une femme ou un homme?

2. Féminin
3. Masculin

3) Mode d'exercice

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. J'exerce en cabinet de groupe
7. J'exerce en cabinet individuel

4) Avez-vous connaissance du montant des revenus possibles avec le p4p?

- Oui
- Non

5) Aviez-vous adhéré au CAPI ?

- Oui
- Non

5-1) Volume d'actes annuel

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez choisir ...
< 2500 actes/ an
entre 2500-5000 actes/an
entre 5000-7500 actes/an
>7500 actes/an

Les prérequis pour bénéficier de la ROSP-P4P

6) Disposiez-vous d'un équipement de télétransmission des FSE conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM-vitale version 1.40 ?

4. Oui
5. Non

? *Télétransmission des FSE*

6a) SI NON, Avez-vous mis en place cet équipement dans le cadre de la ROSP ?

- Oui
- Non

7) Avez-vous un taux de télétransmission de FSE supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des FSE ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui
2. non
3. je ne sais pas

7a) SI NON, Avez-vous modifié votre pratique de façon à rejoindre ce taux ?

- Oui
- Non

Les indicateurs concernant l'organisation du cabinet

8) Disposiez-vous d'un TMéquipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle avant la mise en place de la ROSP?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

5. oui

6. non

? La tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques

8A) SI OUI, Dans l'affirmative, en avez-vous fait la déclaration en ligne?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

8B) SI NON, En avez-vous fait l'acquisition pour entrer dans le cadre de la ROSP?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

9) Avez-vous envoyé à la caisse d'assurance maladie un justificatif d'achat/bons de commande émis/factures de contrat de maintenance de l'équipement de tenue du dossier médical ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

7. oui

8. non

10) Le logiciel médical permet-il l'exploitation structurée des données de suivi clinique prise en compte dans les indicateurs déclaratifs de pratique clinique : TA, résultat de l'HBA1c, LDL-c ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui

2. non

3. je ne sais pas

12) Aviez-vous un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS avant la mise en place de la ROSP-P4P ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui

2. non

? Logiciel d'aide à la prescription (LAP)

12A) SI OUI, En avez-vous fait la déclaration en ligne ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

12B) SI NON, en avez-vous fait l'acquisition pour entrer dans le cadre de la ROSP ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

13) Avez-vous envoyé un justificatif à la caisse d'assurance maladie concernant le logiciel d'aide à la prescription (LAP) ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui
2. non

14) Vous êtes-vous connecté aux téléservices avant le 30/09/2012 (arrêt de travail en ligne, déclaration de médecin traitant ou protocole électronique pour 2012)
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui
2. non

14A) SI NON, L'avez-vous fait pour entrer dans le cadre de la ROSP-P4P ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

15) Les horaires de consultations sont-ils affichés dans le cabinet ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

1. oui
2. non

? *Affichage (dans le cabinet) et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment de l'accès adapté des patients*

16) Avez-vous déclaré en ligne l'affichage des horaires ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

7. oui

8. non

17) Avez-vous une plage de consultation sans rendez-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

17A) SI NON, En avez-vous créé une ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

18) Le cabinet est-il accessible aux patients handicapés ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

je ne sais pas

18A) SI NON, Le cabinet a-t-il dû être réadapté en conséquence ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui


non

19) Avez-vous déclaré en ligne être en mesure d'éditer une synthèse annuelle pour le suivi médical de vos patients avant le 31/12/2012 ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

 *Elaboration à partir du dossier informatisé e*

19A) SI OUI, Le logiciel métier permet-il d'élaborer une synthèse annuelle de chaque patient (coordonnées du patient et du médecin traitant, date de mise à jour, pathologies en cours, antécédents personnels, facteurs de risque, traitement au long cours, points de

vigilance, signature) ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

SI NON,

19B) Avez-vous contacté l'éditeur pour en faire la demande ou êtes-vous à la recherche d'un autre logiciel le permettant?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

19C) Votre façon de structurer votre dossier (Thésaurus classification codages) vous permet-elle cette édition ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

19C1) SI NON, Pensez-vous modifier votre façon de structurer votre dossier pour entrer dans le cadre de la ROSP ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale

20) Possédez-vous un logiciel métier ROSP compatible pour la gestion des données de LDLc, HbA1c, TA ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

? *Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale : le suivi des pathologies chroniques ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique*

20A) SI OUI, Est-ce que les données de diagnostic, biométrie et biologie sont relevées dans le dossier de façon ROSP compatible ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui

non

20A1) SI NON, Envisagez-vous de changer de comportement ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

20B) SI NON, Envisagez-vous de changer de logiciel pour qu'il soit ROSP compatible ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

20C) SI NON, Relevez-vous les données de diagnostic, de biométrie et de biologie dans le dossier médical ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

SI OUI

20C1), Faites-vous les calculs vous-mêmes ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

20C2) Avez-vous chargé quelqu'un de les faire ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

oui

non

21) Lors de la consultation, vérifiez-vous systématiquement si les patients concernés sont bien vaccinés contre la grippe, dépistés pour le cancer du sein et de l'utérus ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

? Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale : la prévention

21A) SI NON, Les encouragez-vous plus fortement à le faire ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

22) Votre façon de prescrire a-t-elle changée avec l'instauration de ces indicateurs sur la limitation de prescription des vasodilatateurs, benzodiazépines, antibiotiques ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

23) SI NON, Envisagez-vous de changer vos habitudes de prescription?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

24) Privilégiez-vous la prescription des génériques avec la mise en place de la ROSP-P4P ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

? Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale : l'efficience

24A) SI NON, Envisagez-vous de changer vos habitudes de prescription ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

25) Est-ce que le logiciel d'aide à la prescription permet lors de la recherche du princeps de retrouver le générique simultanément ?
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

26) Est-il vérifié avant de prescrire la molécule princeps s'il existe un générique correspondant à la molécule ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

27) Avez-vous changé vos habitudes de prescription en privilégiant dans la mesure du possible les IEC par rapport aux Sartans ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

28) L'aspirine est-elle privilégiée par rapport aux autres antiagrégants plaquettaires ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui
- non

La rémunération de la ROSP-P4P

29) Pensez-vous que le montant de la rémunération de la ROSP-P4P est suffisant pour induire un changement de comportement durable ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- oui tout à fait
- plutôt oui
- ne sait pas
- plutôt non
- non pas du tout

30) Selon vous, quel pourcentage du chiffre d'affaire devrait représenter la ROSP-P4P pour inciter au changement ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- 0-15%
- 15-30%
- 30-45%
- >45%

Annexe 3 : Message de recrutement



Société Française de Médecine Générale

sfmg@sfmg.org
www.sfmg.org

Chères Consœurs, Chers Confrères,

La SFMG est membre de l'équipe pluridisciplinaire de recherche PROSPERE (Partenariat pluridisciplinaire de Recherche sur l'Organisation des Soins de Premiers Recours), qui explore les transformations du système de soins ambulatoires.

De ce fait, elle a décidé de soutenir un travail de thèse de médecine générale mené à la faculté de Paris XI et portant sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

La thèse conduite par Carine CHHO pose la question suivante :

"Quels sont les moyens mis en place par les médecins généralistes pour remplir les objectifs de santé publique de la ROSP ?"

Ce questionnaire destiné aux médecins n'ayant pas refusé la ROSP, qu'ils y participent ou non, explore 10 champs de la ROSP et se remplit en 6 minutes.

Accéder au questionnaire

<http://www.sfmg.org/Dossiers/questionnaire/limesurvey/index.php?sid=18653&newtest=Y&lang=fr>).

Merci de votre soutien.

Dr François Raineri
SFMG

Bibliographies

- 1- Rosenthal M.B. et al., Climbing up the pay-for-performance learning curve: where are the early adopters now?, Health Affairs 2007; 26: 1674-1682
- 2- The Information Centre of National Health Service. Introduction to QOF. Document NHS. Disponible sur : <http://www.ic.nhs.uk> Rubrique Statistics & Data collections: Audits and performance.
- 3- Coulomb Alain, Le paiement à la performance des médecins une histoire à connaître, mais aussi à construire, novembre 2011
- 4- Bernstein David, Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs, un premier bilan ?, ADSP, revue du haut conseil de la santé publique, n°65, décembre 2008
- 5- Bernstein David, Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre, CNAMTS, collection « points de repère », n°17, juin 2008
- 6- Institut National de la Santé et de la Recherche Médical. Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français: État des lieux et perspectives. Document Haute Autorité de Santé Juillet 2008.
- 7- L'Assurance Maladie. La brochure d'information: CAPI Programme d'évolution des pratiques; Des repères individuels pour une dynamique collective. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/> Rubrique Exercer au quotidien: [Le CAPI.](#)
- 8- Conseil National de l'Ordre des Médecins. « CAPI »: Le NON du CNOM : Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie. Presse 24 avril 2009. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/presse>
- 9- Syndicat de la Médecine Générale. Les CAPI, un recul pour la médecine générale. Pétition et lettre ouverte à Monsieur Frédéric Van ROEKEGHEM (Mardi 30 juin 2009). Disponible sur : <http://www.smg-pratiques.info/Les-CAPI-un-recul-pour-la-medecine,311.html>

10- Confédération des Syndicats Médicaux Français. La CSMF dépose un recours en Conseil d'État contre le CAPI. L'actualité de la CSMF: Derniers communiqués 22 juin 2009.

Disponible sur :

http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=752&Itemid=541

11- Syndicat des Médecins Libéraux. CAPI : L'IMPOSSIBLE USINE A GAZ. SML Hebdo n°177-23 avril 2009. Disponible sur : <http://www.lesml.org/newsletters/newsletter20090423-696.html>

12- Rapport de commission des comptes de la sécurité sociale du 22 septembre 2011.

Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/Rapport-de-la-Commission-des-comptes-de-la-Securite-sociale-septembre-2011>

13- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, JO du 25/09/2011, texte : 0223; 16 pages 16080/16242. Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=D40FB561842B1C8F213C7539377ED95B.tpdjo17v_1?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007105921&ordre=null&nature=null&g=ls

14- ameli.fr - Convention médicale [Internet]. [cité 20 nov 2014]. Disponible sur:

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale_rhone.php

15- Lévy D., « Le métier de médecin aujourd'hui », Revue française des affaires sociales, 2011/2 n° 2-3, p. 297-309

16- Saint-Lary O. et al. , « Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? », Revue française des affaires sociales, 2011/2 n°2-3, p180-209

17- Dupuis C., ROSP : les jeunes généralistes s'estiment lésés et réclament des compensations, Le Quotidien du Médecin, 7 mai 2014 [cité 17 nov 2014]. Disponible sur:

<http://www.lequotidiendumedecin.fr/information/rosp-les-jeunes-generalistes-s-estiment-leses-et-reclament-des-compensations>

- 18- Plus de 900 jeunes médecins privés de primes | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/plus-de-900-jeunes-medecins-privés-de-primes>
- 19- Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 | Légifrance [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=403B6EE6720728FBB11FA43734D0E166.tpdjo05v_3?cidTexte=JORFTEXT000028253111
- 20- Les comptes de la Sécurité sociale - Résultats 2010, prévisions 2011 et 2012 - ccss2011-9-versiondefinitive.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss2011-9-versiondefinitive.pdf>
- 21- Quality and Outcomes Framework achievement prevalence and exception data- 2012-13: Report [Internet]. [cité 8 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12262/qual-outc-fram-12-13-rep.pdf>
- 22- Campbell S., MacAuley D., « Le système de monitoring de la médecine de premier recours au Royaume Uni », Rev Med Suisse 2013 ; 9 ; S6-S10
- 23- Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases. janv 2012;12(1):36-44.
- 24- Ceugnart L., Sérador B., Taieb S., Barreau B., Que penser des polémiques récentes sur le dépistage organisé des cancers du sein ? Oncologie. 2013;15:343-5.
- 25- LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - Article 32 | Legifrance [Internet]. [cité 26 nov 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=1404A45F9317FD34EA1BBC241348718C.tpdjo02v_1?idArticle=JORFARTI000025053781&cidTexte=JORFTEXT000025053440&dateTexte=29990101&categorieLien=id
- 26- L'accessibilité des cabinets médicaux aux personnes handicapées | Conseil départemental de l'ordre des médecins de Côte d'or [Internet]. [cité 18 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil21.ordre.medecin.fr/node/2139>

27- Galvin R., Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Health Affairs 2006; 25:w412–w419

28- BBC NEWS | Health | GPs « earn up to £250,000 a year » [Internet]. [cité 20 nov 2014]. Disponible sur: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/4917454.stm>

29- Bernstein D. Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre. juillet 2008, numéro 17. [Internet].[cité 21 nov 2014]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/points-repere-numero17.pdf

30- Bras P-L. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise. Journal de gestion et d'économie médicale. 2011;29(5):216.

31- La rémunération sur objectifs de santé publique, deux ans après. Des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. 10 avril 2014 [Internet]. [cité 18 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/10042014_DP_Bilan_ROSP_2_ans_2013.pdf

SUMMARY

Objectives : To establish by a different source from French National Health Insurance if the introduction of a financial incentive scheme, “Remuneration of Public Health Goals (ROSP)”, introduced in the 2011 Medical Convention, had led to a change of general practitioners’ professional behaviors.

Methods : A descriptive, declarative and prospective study was conducted using a quantitative methodology. It ran from 06-26-2013 to 09-05-2013. A questionnaire was sent by e-mail to general practitioners registered on the contact list of the French Society of General Medicine, who didn’t refuse the ROSP. It explored the different fields covered by the ROSP and professional behavioral changes induced.

Results : Totally, 512 out of 9220 questionnaires were gathered and 479 were analyzed. The distribution of the physicians, 68% men for 66% of group practice activity corresponded to the national proportions. The young physicians who settled down were under represented. If 93% of the respondents already had the use of informatics, one third of refractory practitioners (7%) have equipped since then thanks to the ROSP. Of the 22% physicians who didn’t have a prescription assistance program, 32% have equipped. Of the 19% that didn’t have a business software "ROSP compatible", 28% said they wanted to change their equipment. The indicator for the annual summary allowed practitioners to question the relevance of their medical software (56%) or improving the management of their files (60 %). It motivated 68% practitioners to optimize their prevention activity. In terms of prescription, 38 % decreased that of vasodilators, benzodiazepines and antibiotics or 11% were considering doing it. Eleven percent planned to favor the prescription of generics drugs. However, it was inefficient on establishment of office visits without appointments and access for the disabled. Finally, 29% participants felt that the ROSP was insufficient and should represent between 15 and 30 % of turnover to induce change.

Conclusion : The ROSP seems to have induced a change of the general practitioners’ behaviors. However, the amount already is an obstacle for 29% of respondents and will probably be a drag on the growth of indicators especially those related to the organization of medical offices.

Key words : insurance health, financial incentives, general practitioners, change of behavior, informatics

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Objectif : Déterminer, par une source différente de l'Assurance maladie, si l'instauration d'un dispositif d'incitations financières dans la convention médicale de 2011 (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique -ROSP -) avait entraîné des changements dans les pratiques des médecins généralistes en soins ambulatoires.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, déclarative et prospective, conduite selon une méthode quantitative du 26-06-2013 au 5-09-2013. Un questionnaire explorant les différents champs de la ROSP et les modifications comportementales induites a été adressé par courrier électronique aux médecins généralistes inscrits sur la liste des contacts de la Société Française de Médecine Générale et n'ayant pas refusé la ROSP.

Résultats : Sur 9220 médecins contactés, 512 ont répondu et 479 questionnaires ont été analysés. La répartition des médecins, 68% d'hommes avec 66% exerçant en cabinet de groupe, correspondait au niveau national. Les jeunes installés étaient sous représentés. Si 93% des répondants utilisaient déjà l'informatique, un tiers des réfractaires (7%) ont déclaré s'être équipés grâce à la ROSP. Sur les 22% de médecins ne disposant pas d'un logiciel d'aide à la prescription, 32% se sont équipés. Sur les 19% ne disposant pas d'un logiciel métier « ROSP compatible », 28% ont déclaré vouloir changer d'équipement. L'indicateur concernant la synthèse annuelle, les a conduit à s'interroger sur la pertinence de leur logiciel (56%) ou sur l'amélioration de la tenue de leurs dossiers (60%). Elle a poussé 68% des praticiens à optimiser leur activité de prévention. En termes de prescription, 38% ont diminué celle des vasodilatateurs, benzodiazépines et antibiotiques ou 11% l'envisageaient. Onze pour-cent envisageaient de privilégier la prescription des génériques. Elle était sans influence sur l'instauration de plages de consultations sans rendez-vous et sur l'accès aux handicapés. Enfin, 29% estimaient que la ROSP était insuffisante et devrait représenter entre 15 et 30% du chiffre d'affaire pour induire un changement.

Conclusion : La ROSP semble avoir induit des changements dans les pratiques des professionnels. Cependant, son montant constitue déjà un obstacle pour 29% des répondants et sera sans doute un frein pour la progression des indicateurs notamment ceux liés à l'organisation des cabinets.

Mots clés : sécurité sociale, incitations financières, médecins généralistes, changement des pratiques, informatique