



Université de Strasbourg

Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Année 2025

N°17

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : Médecine Générale

PAR

SEGHIERI Houssam-Eddine

Née le 18/08/1994 à Debila

**Pratique des médecins généralistes en Alsace concernant la Rémunération
sur Objectif de Santé Publique**

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directrice de thèse : Professeure Associée SANSELME Anne-Elisabeth

Assesseur : Docteur HADDAD Abdelouahab



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILIA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LODES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : N...

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPô	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPô CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPô NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRPô NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoit	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RPô CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RPô NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPô NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRPô CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RPô CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRPô NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent	NRPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MUTTER Didier	RPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01	Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé/ Faculté	48.05	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRPô NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02	Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRPô NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04	Nutrition
PROUST François	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDAILHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépto-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantaire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLING Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELME Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOQC Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - HANNEDOUCE Thierry (Néphrologie)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pre LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLI Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS Jacques	49-01
Pre RONGIERES Catherine	54-03
Pre SEELIGER Barbara	52-02

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGBMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSSTEIN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



ABRÉVIATIONS

AAT	Avis d'Arrêt de Travail
ALD	Affection Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ARS	Agence Régionale de Santé
CSNP	Centre de Soins Non Programmés
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
CSMF	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CMU	Couverture Médicale Universelle
Cs	Consultations
DCMT	Déclaration du Choix Médecin Traitant
DMP	Dossier Médical Partagé
DSG	Déclaration Simplifié de Grossesse
FMT	Forfait Médecin Traitant
FPMT	Forfait Patientèle Médecin Traitant
GP	<i>General Practitioners</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
HbA1c	Hémoglobine Glyquée
HPV	Papillomavirus Humain
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
IPP	Inhibiteur de la Pompe à Protons

LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MG	Médecin Généraliste
MSS	Messagerie de Santé Sécurisée
MT	Médecin Traitant
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
P4P	<i>Pay for performance</i>
PSE	Protocole de Soins Électronique
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
ROR	Rougeole Rubéole Oreillon
ROSP	Rémunération sur objectif de Santé Publique
SAS	Service d'Accès aux Soins
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
SNJMG	Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	14
TABLE DES MATIÈRES	16
LISTE DES TABLEAUX	18
LISTE DES FIGURES	18
LISTE DES ANNEXES.....	18
I. INTRODUCTION	19
A. <i>Le paiement à la performance dans le monde.....</i>	19
B. <i>Le Contrat d'Amélioration des pratiques individuelles (CAPI).....</i>	20
C. <i>L'arrivée de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)</i>	21
D. <i>Bilan à 5 ans de l'instauration de la ROSP, en 2017.....</i>	22
1. Bilan général.....	22
2. Vasodilatateurs et Benzodiazépines.....	23
3. Les antibiotiques	23
4. Vaccination antigrippale.....	24
5. Le dépistage	24
E. <i>La ROSP 2016-2022</i>	25
F. <i>Bilan de la ROSP en 2023.....</i>	25
G. <i>La rémunération des médecins généralistes en France</i>	26
1. Le Forfait Patientèle Médecin traitant (FPMT)	26
2. Le Forfait Structure	28
H. <i>Présentation sur la ROSP</i>	30
1. Indicateurs de la ROSP	30
2. Comment est calculée la rémunération ?	33
3. Quelles sont les sommes versées ?	34
I. <i>Contexte et Objectifs de l'étude.....</i>	34
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	36
A. <i>Type d'étude</i>	36
1. Méthode qualitative.....	36
2. Entretiens individuels semi-dirigés.....	36
B. <i>Méthode de sélection de la population</i>	37
1. Critères d'inclusion.....	37
2. Critère d'exclusion	37
3. Recrutement	37
C. <i>Méthode</i>	38
1. Échantillonnage.....	38
2. Recueil des données.....	38
D. <i>Réalisation des entretiens.....</i>	39
1. Établissement du guide d'entretien	39
2. Retranscription des entretiens.....	42
3. Analyse thématique	42
III. RÉSULTATS	43
A. <i>Données quantitatives.....</i>	43
1. Socio-démographie de l'échantillon des médecins interrogés.....	43
2. Données générales de l'entretien.....	44
B. <i>Avis général concernant la ROSP</i>	44
1. Raisons de l'existence de la ROSP.....	44
2. Points de vue qui émergent le plus concernant la ROSP.....	48
3. Opinion générale des médecins généralistes concernant la ROSP.....	53
4. Moyens d'informations sur la ROSP	55
C. <i>Facteurs d'opposition et d'adhésion de la ROSP</i>	56
1. Limites et faiblesses de la ROSP	56
2. Forces de la ROSP	63
D. <i>La pertinence des indicateurs</i>	66
1. Premiers indicateurs cités	66
2. Les décideurs des indicateurs de la ROSP	69
3. Avis concernant les indicateurs	72

4.	Attitudes concernant les indicateurs bas	75
E.	<i>Évolution de la qualité de prise en charge du patient</i>	78
1.	Influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge.....	78
2.	Influence inconsciente sur la pratique des médecins	80
3.	Impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge	83
F.	<i>L'aspect financier</i>	85
1.	Avis concernant ce type de rémunération	85
2.	Source d'aide à l'investissement ?.....	88
3.	Quel serait le système de rémunération le plus adapté à la médecine générale ?	90
G.	<i>Avis concernant le Forfait Patientèle Médecin Traitant FPMT</i>	93
H.	<i>Éléments d'amélioration de la ROSP</i>	94
1.	Améliorations qui peuvent être ajoutées à la ROSP	94
2.	Autres améliorations hors ROSP	97
IV.	DISCUSSION.....	99
A.	<i>Principaux résultats de l'étude et comparaison avec la littérature existante</i>	99
1.	Des opinions mitigées sur la ROSP	99
2.	Des facteurs d'opposition à la ROSP plus importants que des facteurs d'adhésion	101
3.	Des indicateurs controversés	102
4.	Pas d'impact ressenti par les médecins sur les prises en charge	104
5.	Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : un dispositif apprécié	106
6.	Un apport financier conséquent	106
7.	Changement des indicateurs et amélioration du recueil des données	108
B.	<i>Validité intrinsèque</i>	109
1.	Forces de l'étude	109
2.	Faiblesses de l'étude	110
C.	<i>Perspectives</i>	111
1.	Disparition de la ROSP actuelle	111
2.	Nouveaux indicateurs de la nouvelle ROSP	112
3.	Un avenir incertain	113
V.	CONCLUSION	115
ANNEXES		117
RÉFÉRENCES.....		158
RESUMÉ.....		168

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1- Résultats sur la prévention du risque iatrogène en synthèse. (7)	23
Tableau 2- Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD (décembre 2011- décembre 2016) (7).....	23
Tableau 3- Valorisation du forfait patientèle médecin traitant. (16).....	27
Tableau 4- Volet 1 du Forfait Structure. (19)	28
Tableau 5- Volet 2 du Forfait Structure. (19)	29
Tableau 6- Population de l'étude	43
Tableau 7 : Valorisation du forfait patientèle médecin traitant. (53)	112

LISTE DES FIGURES

Figure 1- Évolution des taux d'atteinte entre 2012 et 2016. (7)	22
Figure 2- Évolution des indicateurs concernant la vaccination antigrippale (7).....	24
Figure 3- Évolution des indicateurs relatifs au dépistage des cancers (7).....	24
Figure 4- Indicateurs médecin traitant adulte – 2023.....	30
Figure 5- Indicateurs médecin traitant enfant – 2023.....	32
Figure 6- Dépense de soins des MG en 2022. (26).....	34

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1- Indicateurs cliniques pour les médecins traitants, 2016 à 2022	117
Annexe 2- ROSP médecin traitant de l'adulte.....	118
Annexe 3- ROSP médecin traitant de l'enfant	120
Annexe 4- Liste des indicateurs retenus pour le FPMT à partir de janvier 2026.	121
Annexe 5- Guide d'entretien	123
Annexe 6- Retranscription des entretiens par ordre chronologique.	124

I. INTRODUCTION

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est un mode de paiement basé sur la performance, visant principalement à améliorer la qualité des soins, à uniformiser les pratiques médicales, et à réduire les dépenses de santé.

La ROSP est née en 2011 à la suite de négociations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes. Ces négociations, qui évoluent chaque année, ont lieu tous les cinq ans et sont ajustées annuellement par des avenants.

La ROSP « contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention ».(1)

Depuis sa mise en place, la ROSP s'est élargie et inclut désormais, pour les médecins généralistes, d'autres formes de rémunérations forfaitaires telles que le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le forfait structure.

A. Le paiement à la performance dans le monde

Le paiement à la performance (appelée Pay For Performance ou P4P) est un modèle économique qui repose sur des incitations financières accordées aux professionnels de santé afin de favoriser l'amélioration de leurs pratiques en termes d'efficacité. Ce système prévoit une rémunération additionnelle lorsque les professionnels concernés atteignent des objectifs fixés, basés sur des indicateurs de qualité spécifiques.

Le P4P a été introduit aux États-Unis au début des années 1990, puis adopté dans d'autres pays comme le Royaume-Uni. Ce dispositif a émergé en réponse à l'augmentation rapide des dépenses de santé, dans le but de garantir la pérennité des budgets alloués au secteur. De nombreux pays membres de l'OCDE ont ainsi réformé leurs systèmes de rémunération, en proposant des incitations pour encourager l'amélioration de la qualité des soins.(2)

En 2004, le Royaume-Uni introduit le QOF (Quality and Outcomes Framework), visant à uniformiser les pratiques médicales et à valoriser les soins primaires, comme la vaccination, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Ce programme s'applique aux médecins généralistes et lie leurs revenus à la qualité des soins prodigués et à leur performance, en fonction de plus de cent objectifs précis à atteindre. (3)

Les résultats du QOF sont mitigés, et le système est relativement impopulaire parmi les professionnels de santé. Ces derniers critiquent sa lourdeur administrative, ainsi que des rémunérations qui varient fortement en fonction de la progression des objectifs atteints et de la taille de leur patientèle, plutôt qu'en fonction de la qualité des soins réellement prodigués.(4)

B. Le Contrat d'Amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), lancé en juin 2009, est le premier système de paiement à la performance mis en place en France. Il vise principalement à maîtriser les dépenses de santé et à améliorer les pratiques médicales.

Le CAPI rémunère les médecins généralistes (MG) en fonction de l'atteinte d'objectifs liés au dépistage, au suivi des maladies chroniques et à l'optimisation des prescriptions, tout en restant basé sur le volontariat. Bien que ce système ait été critiqué par la plupart des syndicats de médecins généralistes et par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui s'inquiétaient de ses impacts sur l'indépendance professionnelle et la déontologie médicale, un peu plus d'un tiers des MG ont choisi d'y participer, avec des résultats modestes mais encourageants. (5)

Ce succès partiel a poussé la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) à élargir le concept en introduisant la ROSP en 2011, qui reprend des mécanismes similaires.

C. L'arrivée de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

La convention médicale de juillet 2011, signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et quatre syndicats de médecins, entérine le maintien du mode de rémunération à la performance, donnant ainsi naissance à la ROSP pour les médecins généralistes, ainsi qu'aux cardiologues et gastro-entérologues.

La ROSP du Médecin traitant s'applique à tous les médecins généralistes libéraux conventionnés ayant déclaré une patientèle de médecin traitant. Par défaut, tous les MG concernés intègrent ce dispositif. Ceux qui souhaitent renoncer à la ROSP doivent informer leur caisse de rattachement de leur refus explicite par courrier recommandé dans les trois mois suivant son introduction. Pour les médecins nouvellement installés, cette démarche doit également être effectuée dans les trois mois suivant leur installation. La proportion initiale de MG ayant choisi de refuser la ROSP est estimée à moins de 3 %.(6)

D. Bilan à 5 ans de l'instauration de la ROSP, en 2017

L'Assurance Maladie communique le 24 avril 2017 un premier bilan de la ROSP depuis sa mise en place. (7)

La ROSP comportait initialement 24 indicateurs en 2011, puis 29 indicateurs en 2016, dont 4 en déclaratif. (8)

1. Bilan général

Lorsque l'on examine le bilan, on constate que les courbes qui représentent le taux d'atteinte des indicateurs ROSP évoluent vers la droite, indiquant un meilleur suivi des indicateurs. Les courbes se rapprochent, montrant une tendance vers l'homogénéisation des praticiens concernés par la ROSP. Le taux de réalisation des objectifs a progressé de plus de 17,2 points.

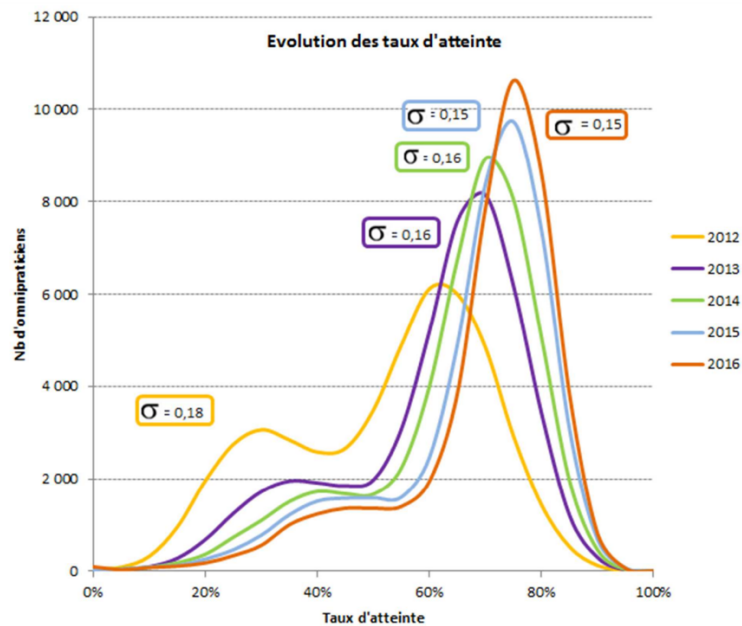


Figure 1- Évolution des taux d'atteinte entre 2012 et 2016. (7)

2. Vasodilatateurs et Benzodiazépines

Il y a eu une réelle baisse de la prescription des vasodilatateurs chez les patients âgés. Les chiffres sont tellement bas (10,6% en 2011 à 0,9% en 2016) que cet indicateur n'est plus présent dans la convention de 2016.

La prescription des benzodiazépines a elle aussi connu une baisse : passage de 13,7% à 9,6%.

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2016	Évolution en points Déc 2016 - Déc 2011
Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	$\leq 5\%$	10,6%	0,9%	-9,7
Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	$\leq 5\%$	13,7%	9,6%	-4,1
Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	$\leq 12\%$	15,0%	14,3%	-0,7

Tableau 1 - Résultats sur la prévention du risque iatrogène en synthèse. (7)

3. Les antibiotiques

La prescription d'antibiotiques a elle aussi baissé de 7,1 points.

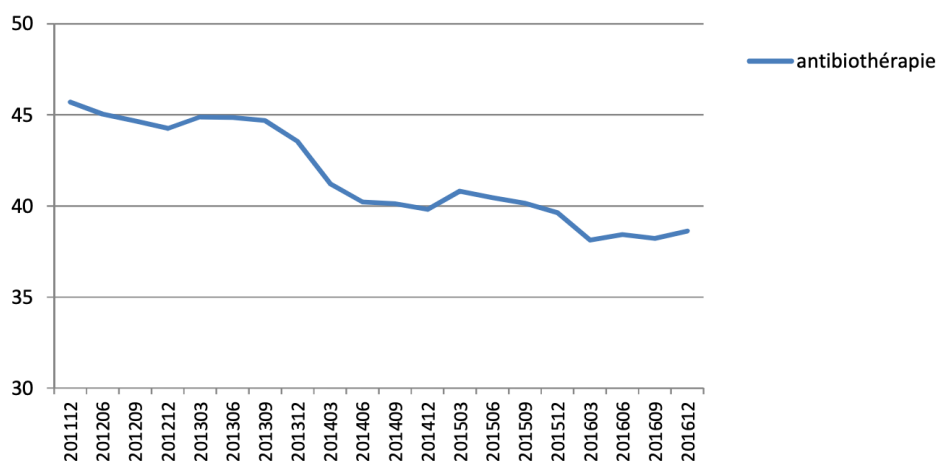


Tableau 2 - Évolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD (décembre 2011 - décembre 2016) (7)

4. Vaccination antigrippale

En revanche, il y a eu une baisse de 5,1 points concernant la vaccination antigrippale.

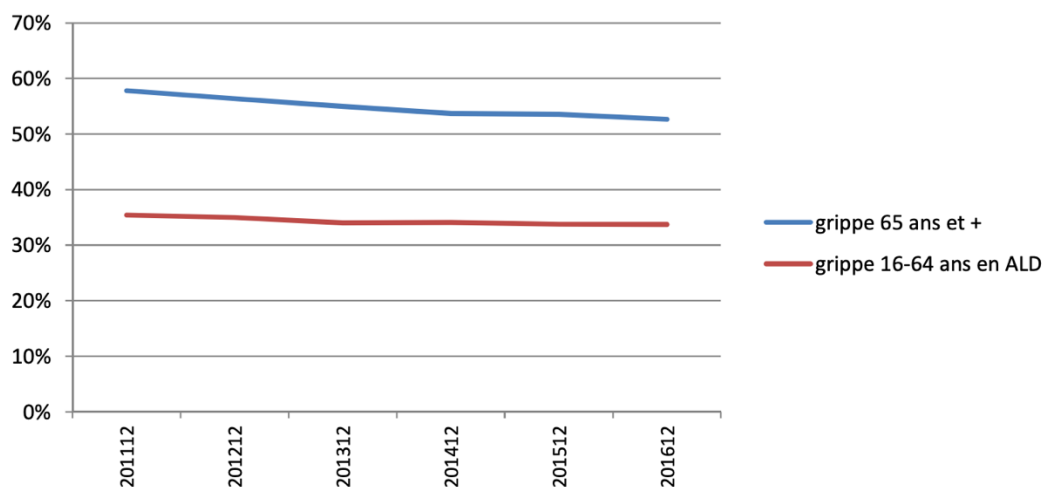


Figure 2 - Évolution des indicateurs concernant la vaccination antigrippale (7)

5. Le dépistage

On note également une baisse des indicateurs concernant le dépistage du cancer du sein (perte de 2,6 points) ainsi que le dépistage du cancer du col de l'utérus. (Perte de 2,8 points)

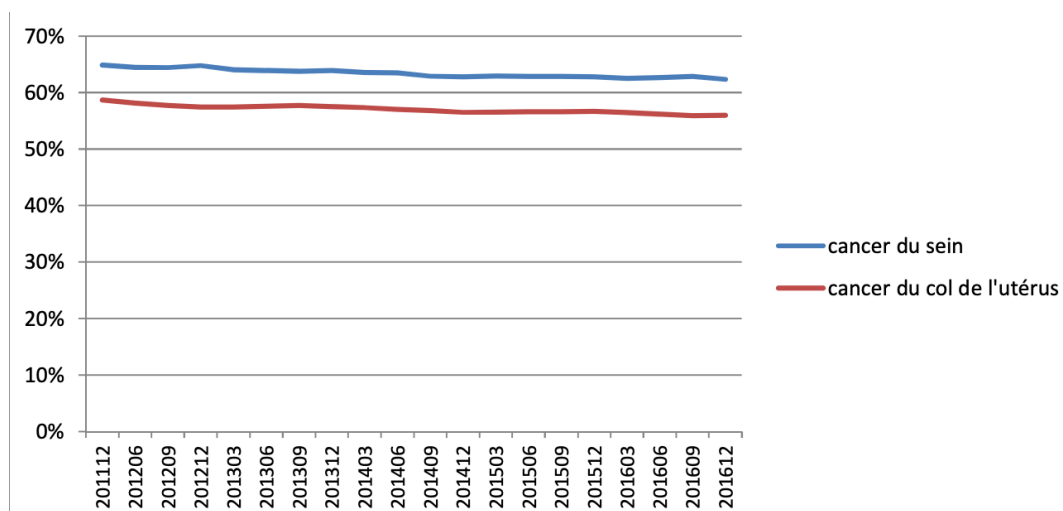


Figure 3- Évolution des indicateurs relatifs au dépistage des cancers (7)

E. La ROSP 2016-2022

En 2016, la convention est signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins. Elle permet la poursuite de la ROSP avec 17 nouveaux indicateurs. Il y a eu par exemple l'ajout de l'indicateur sur le sevrage tabagique.

Au cours d'un bilan réalisé en 2018, l'Assurance Maladie considère que ce dispositif peut être utilisé comme « levier de changement » des pratiques. (9)

Un nouveau bilan est établi par l'Assurance Maladie en 2023 concernant la période 2016-2022 : (10)

- Persiste un niveau de vaccination antigrippale bas des patients à risque (31% fin 2022) ;
- Les dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus connaissent une baisse respective de 1,3 points et de 2,1 points ;
- Le dépistage du cancer colorectal connaît lui une hausse de 13,5 points.

Les détails sont présents dans l'annexe 1.

Au globale, les résultats sont plutôt mitigés, avec peu voire pas de progression, et pour certains indicateurs une évolution négative des chiffres.

F. Bilan de la ROSP en 2023

L'évolution des indicateurs de la ROSP est contrastée en 2023. (11)

D'une part, on observe une amélioration globale des objectifs liés au suivi des pathologies chroniques et à l'efficacité des prescriptions. D'autre part, un léger recul est constaté en ce qui concerne les objectifs de prévention, en particulier sur la vaccination antigrippale.

G. La rémunération des médecins généralistes en France

La rémunération des médecins généralistes s'effectue principalement par deux modes : le payement à l'acte et la rémunération forfaitaire.

La rémunération forfaitaire regroupe différents forfaits : la ROSP, le forfait structure, et le FPMT (forfait patientèle médecin traitant).

La ROSP médecin traitant de l'adulte est versée fin avril, celle de l'enfant fin mai, et le forfait structure fin mai également, au titre de l'année N-1. Le FPMT est lui versé par trimestre.

Le Forfait Structure et le FPMT sont apparus suite à la convention médicale de 2016.

Un travail de thèse réalisé en 2018, qui avait pour but d'évaluer la rémunération moyenne du médecin généraliste libéral, rapporte qu'une consultation de médecine générale, avec les parts forfaitaires incluses, rapporterait entre 28,9 et 31,5€ au médecin généraliste. (12)

Ce travail de thèse conclut également qu'à temps de travail équivalent, les médecins généralistes français perçoivent une rémunération inférieure à celle de leurs confrères allemands et britanniques. Le manque d'attractivité de la rémunération des médecins généralistes en France est souvent l'un des principaux sujets de discorde entre l'Assurance Maladie et les Syndicats de médecins.

1. Le Forfait Patientèle Médecin traitant (FPMT)

Le FPMT a été créé par la Convention médicale de 2016 pour valoriser le suivi des patients par le médecin généraliste et la coordination des soins entre professionnels de santé.(13) Il concerne tous les patients, y compris les enfants. (14)

Ce forfait vient à la suite d'un forfait médecin traitant, introduit en 2013 où le médecin traitant percevait 5€ par patient par an. (15)

Le forfait est calculé annuellement sur la base de la patientèle médecin-traitant au 31 décembre de l'année précédente. (13)

Ce FPMT prend en compte :

- Le nombre de patients
- Les caractéristiques des patients (âge, pathologies ALD)
- Une majoration si plus de 7% de la patientèle bénéficie de la Complémentaire Santé Solidaire.

Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42 €
Patient de moins de 80 ans et en affection de longue durée	Y compris les enfants de 0 à 6 ans avec ALD	42 €
Patient de 80 ans ou plus et en affection de longue durée	ALD	70 €
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	5 €

Tableau 3 - Valorisation du forfait patientèle médecin traitant. (16)

En moyenne, le FPMT rapporte environ 16 000€ par an par médecins généralistes en 2023. (17)

Le forfait est versé trimestriellement sous forme d'acomptes.

Le règlement arbitral de la convention médicale du 1er mai 2023 a introduit une revalorisation du FPMT à partir du 1er janvier 2024. Cette revalorisation concerne deux catégories de patients:

(16)

- Les patients âgés de 80 ans et plus, non atteints d'une ALD : Le forfait est passé de 42 € à 46 € par patient.
- Les patients de moins de 80 ans atteints d'une ALD : Le forfait est également passé de 42 € à 46 € par patient.

Cette majoration a pour but de valoriser le suivi de patients chroniques, qui nécessitent souvent une prise en charge plus complexe et un suivi plus régulier.

2. Le Forfait Structure

Le Forfait Structure est une aide financière forfaitaire destinée aux médecins libéraux conventionnés. Cette aide vise à soutenir l'organisation et la gestion de leur cabinet ainsi que l'amélioration des services offerts aux patients.

Le Forfait Structure est composé de deux volets : le deuxième volet devient accessible si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints. (18)

Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2023	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Volet 1 PRE-REQUIS (tous ces indicateurs doivent être atteints pour permettre une rémunération et déclencher celle du volet 2)	Indicateur 1 et 2 : Disposer d'un logiciel référencé Ségur avec LAP certifié par la HAS (intégration d'une messagerie sécurisée de santé)			Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur la 1 ^{ère} année ou si modification
	Indicateur 3 : Neutralisé pour 2023 Disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Affichage sur le site Annuaire Santé AMELI.FR des horaires d'ouverture du cabinet			Déclaratif avec pré-alimentation	Pas de justificatif demandé
	TOTAL	280 points	1 960 €		

Tableau 4 - Volet 1 du Forfait Structure. (19)

Le volet 1 du forfait structure est spécifiquement destiné à soutenir les médecins dans leurs investissements en équipements pour leur cabinet. En 2023, ce volet est valorisé à hauteur de 280 points. A partir du moment où les indicateurs sont atteints, le volet 2 devient accessible.

Champs	Indicateurs		Nombre de points	en €	Type d'indicateur	Justificatifs
Indicateurs du volet 2	Indicateur 1 : Dématérialisation des téléservices	Usage téléservices (AAT, PSE, DCMT, CM AT MP, SPE, DSG)	150	1 050 €	Automatisé	
		Alimentation du DMP	48	336 €		
		Usage de la messagerie de santé de Mon Espace Santé	40	280 €		
		Ordonnances numériques	40	280 €	Automatisé	
		Usage de l'Appli Carte Vitale(ApCV)	40	280 €	Automatisé	
	Indicateur 2 : Capacité à coder les données médicales		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 3 : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients		120	840€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 4 : Amélioration du service offert aux patients		70	490€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 5 : Valorisation de la fonction de maitre de stage		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée.		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés		25	175€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
Indicateur 8 : valoriser la participation au SAS		200	1400 €	Automatisé		
TOTAL			883 points	6 181 €		

Tableau 5 - Volet 2 du Forfait Structure. (19)

Chaque point équivaut à 7€. Le montant théorique maximal du Forfait Structure atteinte donc de 8141€ en 2023.

H. Présentation sur la ROSP

1. Indicateurs de la ROSP

Médecin traitant adulte :

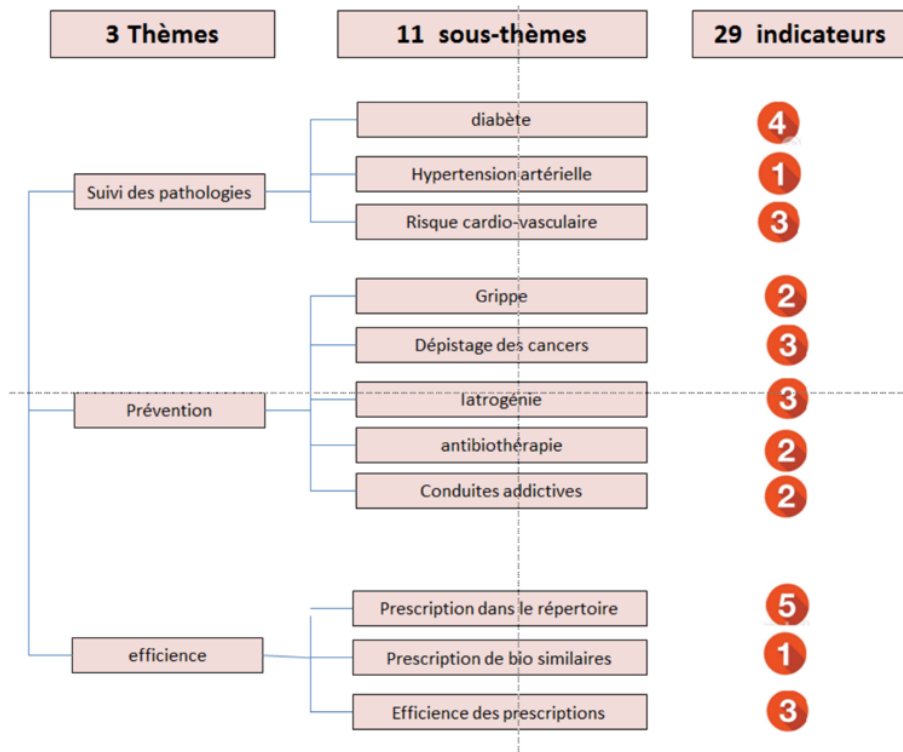


Figure 4 - Indicateurs médecin traitant adulte – 2023

La ROSP médecin traitant de l'adulte est articulé sous 3 Grands Thèmes, eux-mêmes divisé sous la forme de 11 sous-thèmes avec chacun des indicateurs particuliers. (20)

25 indicateurs sont recueillis sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Il reste 4 indicateurs déclaratifs, à compléter directement sur AmeliPro :

- Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MG ou d'une consultation de podologie dans l'année.
- Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scoring) en amont de la prescription de statines.
- Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève.
- Part des patients MT consommateurs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève.

Le nombre maximal théorique de point est de 940 points subdivisés en 3 groupes :

- Suivi de pathologies chroniques : 220 points
 - o Diabète : 110 points
 - o HTA : 30 points
 - o Risque cardiovasculaire : 80 points
- Prévention : 390 points
 - o Grippe : 40 points
 - o Dépistage des cancers : 135 points
 - o Iatrogénie : 105 points
 - o Antibiothérapie : 70 points
 - o Conduites addictives : 40 points
- Efficience : 330 points
 - o Prescription dans le répertoire : 165 points
 - o Prescription de biosimilaires : 30 points
 - o Efficience des prescriptions : 135 points

Pour chaque indicateur sont définis :

- La patientèle à partir de laquelle les résultats du médecin sont calculés ;
- Un seuil minimal de patients (ou de boîte de médicament) garantissant une robustesse statistique ;
- Des objectifs à atteindre (objectifs cibles et intermédiaires) ;
- Ainsi qu'un nombre de points, qui varie en fonction des thèmes, des indicateurs et des situations.

Médecin traitant de l'enfant :

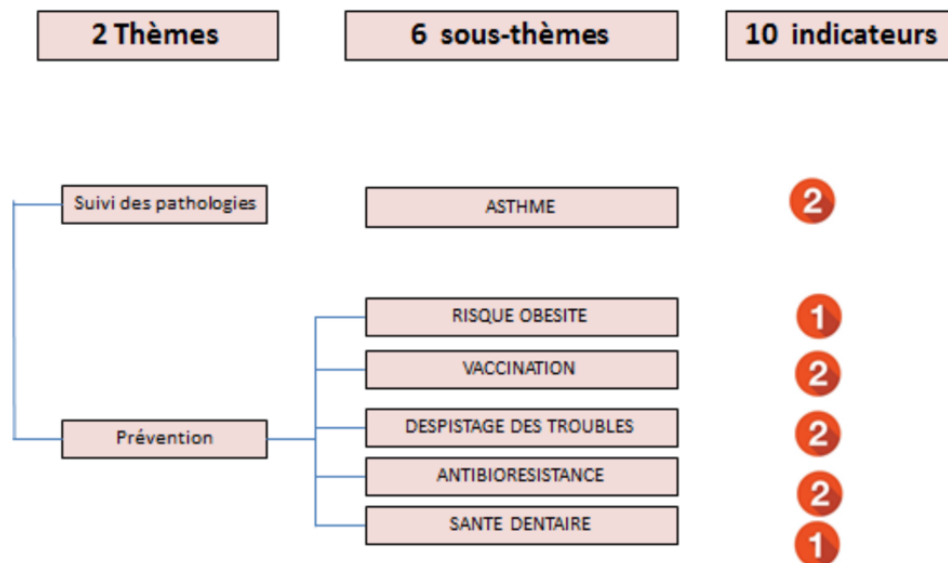


Figure 5 - Indicateurs médecin traitant enfant – 2023

La ROSP médecin traitant de l'enfant est articulée en 2 Grands Thèmes, eux-mêmes divisé sous la forme de 6 sous-thèmes.

Le nombre maximal théorique de point est de 305 points, avec comme patientèle de référence 600 patients de moins de 16 ans :

- Suivi de pathologies chroniques, Asthme : 70 points
- Prévention :
 - o Risque obésité : 20 points (déclaratif)
 - o Vaccination : 70 points
 - o Dépistage des troubles : 40 points (déclaratif)
 - o Antibiorésistance : 70 points
 - o Santé dentaire : 35 points

En Annexe 2 et 3 : les chiffres en détails des indicateurs.

2. Comment est calculée la rémunération ?

La rémunération est calculée selon cette formule :

$\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times \frac{\text{taille de la patientèle}}{800} \times 7$

Cette formule concerne de la même manière la ROSP médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, à la seule différence du dénominateur : 600 pour la ROSP médecin traitant de l'enfant, et 800 pour la ROSP médecin traitant de l'adulte.

Le calcul de la ROSP repose sur plusieurs facteurs :

- L'atteinte des indicateurs de qualité ;
- Le taux de réalisation des objectifs cibles et intermédiaires ;
- Le nombre de points attribués (1 point=7€) ;
- Ainsi que la période de référence, annuelle.

Ces indicateurs sont pondérés en fonction de la taille de la patientèle du médecin traitant.(20)

La progression et l'atteinte des objectifs sont mises en avant.

A titre d'exemple, pour une patientèle de 1000 adultes, le montant maximal théorique ROSP MT de l'adulte serait de 8225€. Pour une patientèle de 500 enfants, le montant maximal théorique ROSP MT de l'enfant serait de 1772€.

La ROSP n'inclut plus d'indicateurs liés à l'organisation du cabinet. Ces indicateurs, portant sur les outils et nouvelles organisations facilitant la gestion et la pratique au sein du cabinet, ont été intégrés dans un forfait spécifique : le forfait structure, né lors de la convention de 2016.

(21)

3. Quelles sont les sommes versées ?

En 2022, la somme moyenne versée par médecin traitant est de 9 151 euros. Cette somme inclut la ROSP du médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, ainsi que le forfait structure.(22)

En 2023, les médecins généralistes ont touché en moyenne 5 425 euros de ROSP, soit une légère augmentation de 1,8% par rapport à l'année précédente. (23)

En ajoutant le forfait structure à la ROSP, la rémunération forfaitaire moyenne pour les médecins généralistes s'élève à 9 324 euros en 2023, soit une augmentation de 1,9% par rapport à l'année précédente.(24)

Ces sommes n'incluent pas le Forfait Patientèle Médecin Traitant qui sera détaillé plus loin.

I. Contexte et Objectifs de l'étude

L'arrivée de la rémunération forfaitaire en France amène plusieurs interrogations et inquiétudes de la part des médecins généralistes.

Au fil du temps, la part du paiement à l'acte voit son chiffre en baisse constante :

- Il s'élevait à 87% en 2004,
- Puis il est passé à 73,8% en 2014,
- Pour chuter à 68,1% en 2022. (25,26)

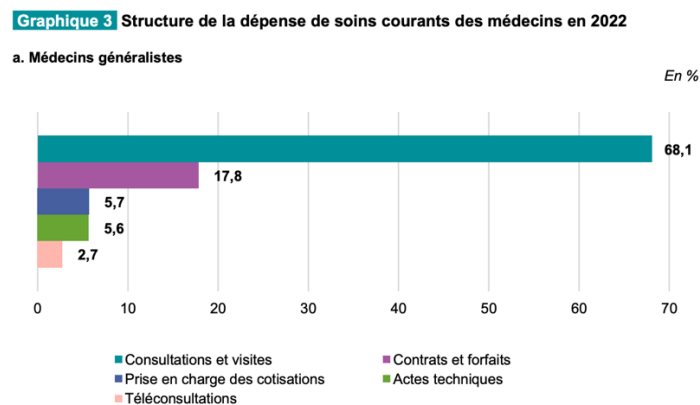


Figure 6 - Dépense de soins des MG en 2022. (26)

La part de paiement par forfait est en franche augmentation au fil des dernières décennies.

L'objectif principal de ce travail est de mettre en lumière la pratique des médecins généralistes concernant la ROSP. Les objectifs secondaires sont de comprendre quels sont leurs ressentis vis-à-vis de la ROSP mais également de connaître leur avis concernant les indicateurs en place.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Type d'étude

1. Méthode qualitative

Ce travail pose une question complexe ouvrant sur plusieurs hypothèses que l'on cherche à explorer, à travers le ressenti et l'expérience des médecins participants. C'est pourquoi, le type d'étude le plus approprié nous a semblé être une étude qualitative, descriptive, menée auprès de 12 médecins généralistes. La recherche qualitative étudie les phénomènes considérés comme complexes dans leur environnement naturel, en essayant de leur donner un sens à travers les significations que les participants expriment. (27)

2. Entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien semi dirigé a une structure souple constituée de questions ouvertes définissant des champs à explorer. Cette structure permet de ne pas oublier d'aborder des idées importantes, et permet également d'explorer des idées qui n'étaient pas dans les hypothèses de départ.

C'est par le biais d'entretiens semi dirigés que les médecins expriment ces données dites qualitatives, qui doivent permettre de répondre à la question : « quelle est la place de la ROSP dans la pratique des médecins généralistes ? »

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

L'expression des données qualitatives recueillies se fait à l'aide de la méthode de l'induction de contenu thématique. Cette approche consiste à examiner en détail un corpus de données qualitatives afin d'en faire émerger des thèmes et des catégories. (28)

B. Méthode de sélection de la population

1. Critères d'inclusion

Pour cette étude, seuls ont été rencontrés des médecins généralistes libéraux dont le cabinet est situé en Alsace. Ils répondaient aux critères d'être signataires de la ROSP et donc de l'avoir déjà perçue une première fois.

2. Critère d'exclusion

Les médecins ayant refusé la ROSP n'ont pas été rencontrés, ainsi que ceux n'ayant pas encore reçu la rémunération notamment les jeunes médecins récemment installés (moins d'un an). Sont également exclus, les médecins en secteur hospitaliers, les remplaçants et les retraités.

3. Recrutement

Les médecins ont été choisis pour la plupart par effet boule de neige. Le reste des médecins participants a été recruté parmi des praticiens rencontrés pendant le cursus professionnel. Les médecins ont été initialement joints par téléphone, directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat, afin de convenir d'un rendez-vous pour l'entretien. Le choix d'interroger des médecins exerçant en Alsace s'est fait pour des raisons de commodité, afin d'interroger des praticiens proches géographiquement. Les plus grandes cibles ont été des médecins aux pratiques semi-rurales mais également urbaines, sur les villes et villages. La classification en activité « urbaine » ou « semi-urbaine » s'est faite sur un mode déclaratif par les médecins interrogés.

C. Méthode

1. Échantillonnage

Dans le cadre d'une recherche qualitative, la taille de l'échantillon est déterminée par l'étude elle-même grâce à la saturation des données. Lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus de données nouvelles, on atteint le « point de saturation » et cela signe que la limite de l'échantillon est atteinte. Après avoir confirmé cette saturation par deux entretiens, le recueil est arrêté.

2. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens individuels semi-dirigés, enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Les entretiens sont conduits à partir d'un guide d'entretien qui précise les thèmes à aborder. Ce guide d'entretien a préalablement été testé auprès d'un médecin. Des questions ont été retirées du guide d'entretien après le premier entretien test réalisé, car les questions étaient trop fermées et ne laissaient pas libre cours à une réflexion plus approfondie.

Au total, 12 entretiens ont été effectués du 20/02/24 au 17/10/24. Ils se sont déroulés soit au cabinet, soit par entretien téléphonique. Neuf entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail, au cabinet, en présentiel, en dehors des heures de consultation afin que les médecins puissent s'exprimer sans contrainte de temps. Trois entretiens se sont déroulés par entretien téléphonique également en dehors du temps de travail. Les entretiens se sont déroulés le plus souvent en fin de journée afin que le médecin interrogé soit dans de bonnes conditions pour se concentrer sur le sujet abordé.

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

D. Réalisation des entretiens

1. Établissement du guide d'entretien

L'entretien est mené à l'aide de questions générales servant de guide lors des interviews.

Le guide d'entretien est disponible en Annexe 5.

Voici comment le questionnaire mené auprès des médecins généralistes peut être justifié.

Question 1 : Quel est votre point de vue concernant la Rémunération sur objectif de santé publique ?

Cette question permet d'introduire le sujet de l'étude par une question générale concernant la ROSP. Elle permet d'aborder les différents points de vue et les opinions divergentes que peuvent avoir les médecins. Cela permet également d'introduire la question des raisons qui expliquent l'existence de cette ROSP.

Question 2 : Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

En effet, l'objectif attribué à l'existence de la ROSP influence l'opinion et l'adhésion des médecins à la ROSP.

Question 3 : Que pensez-vous de ce type de rémunération ?

La question permet d'introduire la question 14 (A votre avis, quel serait le système de rémunération qui vous paraîtrait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?)

Cette question est plus directe, elle permet de connaître plus en détail le positionnement des médecins.

Question 4 : Quelle est l'influence de la ROSP dans la qualité de la prise en charge ?

Dans cette question, une justification est attendue sur l'influence de la ROSP dans la qualité de la prise en charge, cela permet de comparer une potentielle différence de pratique et d'influence qu'exerce la ROSP entre les médecins.

Question 5 : Citez-moi les premiers indicateurs de la ROSP qui vous viennent à l'esprit.

La question est ouverte pour permettre aux médecins de s'exprimer sur les différents indicateurs qu'ils connaissent et de potentiellement observer plusieurs indicateurs qui se démarquent. Elle permet également de connaître les valeurs de chacun et l'importance des indicateurs dans la pratique des médecins.

Question 6 : Que pensez-vous du choix de ces indicateurs ?

La suite du questionnaire vise à explorer la pertinence ou la non-pertinence des indicateurs proposés, afin de savoir si les médecins sont favorables ou non à ces indicateurs et leur place qu'ils accordent dans leur pratique.

Question 7 : Comment êtes-vous informé sur la ROSP ?

Cette question est importante, car le moyen d'information du médecin peut l'influencer. (Assurance Maladie, les Syndicats, ou des collègues défavorables)

Question 8 : Quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

Les réponses concernant cette question sont importantes et permettent d'avoir un point de vue et une opinion plus détaillée de la personne questionnée concernant la ROSP. Les réponses attendues sont multiples. Elle permet de démontrer le positionnement du médecin généraliste.

Question 9 : D'après vous, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de vos prises en charge ?

La question traite directement sur la place de la ROSP dans la pratique de tous les jours des médecins généralistes et permet de répondre, en partie, à la problématique « quelle est la place de la ROSP dans la pratique des médecins généralistes ? »

Question 10 : Qui devrait être, selon vous, le décideur des indicateurs de la ROSP ?

Cette question permet d'avoir l'avis des médecins sur les décideurs potentiels des indicateurs, elle permet dans un second temps d'estimer la confiance entre la CPAM et les MG.

Question 11 : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer vos pratiques ?

La question est plutôt directe et vise à voir l'effet de la ROSP et le forfait structure sur notamment l'investissement sur les équipements du cabinet.

Question 12 : Concernant les critères sur lesquels vous avez des indicateurs bas, comment avez-vous prévu de modifier vos pratiques ?

Les réponses attendues seront le reflet de l'impact de la ROSP sur la pratique.

Question 13 : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

Cette question permet d'avoir l'avis de l'entourage professionnel du médecin.

Question 14 : A votre avis, quel serait le système de rémunération qui vous paraîtrait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

Les réponses attendues vont permettre aux médecins d'énoncer leur mode de rémunération idéal.

Question 15 : Quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ?

Partie consacrée à l'évolution des indicateurs souhaitée par les interrogés.

Question 16 : Dans quelles mesures, pensez-vous que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?

Cette question est plus générale et cherche à estimer un impact involontaire des indicateurs ROSP sur les pratiques.

Question 17 : Y a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et qui vous semble important ?

Question ouverte permettant de compléter certaines questions abordées auparavant mais également d'ouvrir sur d'autres thématiques.

2. Retranscription des entretiens

Les données ont été retranscrites manuellement sur le logiciel Word Office. Les retranscriptions ont été réalisées directement après la réalisation des entretiens.

Afin de respecter l'anonymat des personnes interrogées, lors des retranscriptions il a été choisi d'utiliser la notation suivante : « MT » suivi d'un nombre allant de 1 (premier entretien), jusqu'à 12 (dernier entretien), qui correspond à l'ordre chronologique des entretiens réalisés.

3. Analyse thématique

L'analyse a été réalisée à partir du corpus des retranscriptions sur le logiciel Nvivo. Les thématiques ont été identifiées à partir des entretiens, elles ont été codées, et réparties en sous-thèmes, puis classées. Le codage des entretiens a été réalisé après chaque entretien.

Ce travail d'analyse a également été effectué de façon parallèle par un tiers afin d'obtenir la triangulation des données.

III. RÉSULTATS

A. Données quantitatives

1. Socio-démographie de l'échantillon des médecins interrogés

Médecins	Sexe	Age	Installation	Taille patientèle	Cs/j	Patientèle	Mode d'exercice	Zone d'exercice	Durée
MT1	Femme	31-40ans	0-10ans	1500-2000	>30	Mixte	Individuel	Urbain	23min34
MT2	Homme	<30ans	0-10ans	1000-1500	>30	Mixte	Activité mixte	Semi-rural	20min13
MT3	Homme	>61ans	>30ans	1500-2000	>30	Aisée	Individuel	Semi-rural	17min29
MT4	Femme	41-50ans	10-20ans	1000-1500	20 à 30	Mixte	Groupe	Semi-rural	23min03
MT5	Femme	31-40ans	0-10ans	1000-1500	20 à 30	Mixte	Groupe	Urbain	13min09
MT6	Femme	51-60ans	10-20ans	1500-2000	20 à 30	Mixte	Groupe	Urbain	11min42
MT7	Homme	31-40ans	0-10ans	500-1000	20 à 30	Aisée	Groupe	Semi-rural	19min15
MT8	Homme	31-40ans	0-10ans	500-1000	10 à 20	Mixte	Groupe	Semi-rural	16min44
MT9	Homme	>61ans	>30ans	1000-1500	20 à 30	Aisée	Groupe	Semi-rural	7min52
MT10	Homme	>61ans	>30ans	1000-1500	20 à 30	Mixte	Groupe	Semi-rural	16min20
MT11	Femme	41-50ans	10-20ans	1000-1500	20 à 30	Mixte	Individuel	Urbain	14min40
MT12	Femme	>61ans	>30ans	>2000	20 à 30	Mixte	Groupe	Semi-rural	13min53

Tableau 6 - Population de l'étude

Un total de 12 médecins généralistes a participé à l'étude.

Parmi eux, 6 étaient de sexe féminin, et 6 de sexe masculin.

Les médecins interrogés couvrent un large éventail d'âges, allant de moins de 30 ans à plus de 61 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 31-40 ans, à égalité avec celle des plus de 61 ans, chacune comptant 4 médecins.

Concernant la durée d'installation, 5 médecins étaient installés depuis moins de 10 ans, 3 médecins installés depuis 10-20 ans, et 4 médecins étaient installés depuis plus de 30 ans.

Concernant le type d'installation, 3 d'entre eux, soit un quart, étaient seuls, et 8 d'entre eux, soit 66,7%, exerçaient en association, et un seul avait une activité mixte (travaillant en cabinet libéral et au sein d'un Centre de Soins Non-Programmés)

L'ensemble des médecins était des libéraux exclusifs, sans activité salariée ni dépendante d'un établissement de santé.

Concernant la géographie d'installation, 8 des médecins généralistes, soit 66,7%, ont déclaré avoir une activité semi-rurale, et 4 d'entre eux, soit 33,3%, ont déclaré avoir une activité urbaine.

2. Données générales de l'entretien

Un total de 12 entretiens a été réalisé, sur une période allant du 20 février 2024 au 17 octobre 2024.

9 entretiens se sont déroulés directement au cabinet des médecins interrogés, en dehors des périodes de consultation. 3 entretiens se sont déroulés par téléphone devant la difficulté d'organisation d'un rendez-vous en présentiel.

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes et 30 secondes, avec un minimum de 7 minutes et 52 secondes pour le plus court, et un maximum de 23 minutes et 34 secondes pour le plus long.

Chaque entretien a été numéroté à la suite en commençant par MT1 jusqu'à MT12, dans l'ordre chronologique de leur date de réalisation.

B. Avis général concernant la ROSP

1. Raisons de l'existence de la ROSP

Maîtrise des comportements

L'idée qui émerge le plus concernant l'existence de la ROSP est la maîtrise des pratiques des médecins généralistes. Les médecins interrogés expliquent que cette maîtrise des comportements revient à les rendre plus attentifs sur les dépistages et la prévention via des indicateurs. Les avis divergent concernant cette maîtrise des comportements notamment chez MT7 et MT9.

MT1 : « *La Sécurité Sociale a mis ça en place pour que les praticiens soient plus au moins dans les clous.* » [...] « *Cela incite à faire des dépistages* »

MT2 : « *Il y en a que ça énerve aussi parce que ça nous force à suivre certaines directives qu'on peut estimer comme non justifiées, certains avis de l'HAS qui peuvent être vraiment datés quand on se forme de façon plus internationale.* »

MT7 : « *C'est pour éviter d'augmenter la cotation du G, ça permet de maîtriser nos comportements et c'est pour que l'état ait un pied dans un secteur très libéral et qu'il puisse garder le contrôle sur ce que font certains médecins libéraux. Je ne suis pas trop d'accord d'être payé par l'État. Je pense que c'est pour cela qu'ils l'ont fait.* »

MT9 : « *Il faut un guide, il faut des références, ça permet d'avoir des références. On n'est pas obligé de les respecter, mais c'est bien d'avoir des références.* »

Économies réalisées par l'Assurance Maladie

La deuxième idée qui revient le plus est la réduction des coûts de l'Assurance Maladie. Quelques médecins abordent cette idée de réduction des coûts. MT2, MT5 et MT10 déclarent que les indicateurs mis en place sont financiers et permettent une efficience de la pratique des médecins généralistes.

MT2 : *« C'est une volonté politique de diminuer les dépenses de santé avant tout, de ne pas favoriser les gens qui vont faire 70 actes par jour. » [...] « Favoriser les suivis au long cours des gens chroniques qui coûtent chers à la société et qui vont être hospitalisés plus fréquemment s'ils ne sont pas bien suivis en ville. Donc l'idée c'est de forfaitiser sur certains profils de patients pour valoriser financièrement les médecins qui font des suivis au long cours et pour éviter un surcoût lié aux hospitalisations. »*

MT5 : *« Les derniers indicateurs qui sont sortis ce sont uniquement des indicateurs financiers pour nous inciter à prescrire des produits moins coûteux pour que la Sécurité Sociale puisse faire des bénéfices. »*

MT10 : *« Je vais reprendre un peu ce que je disais, je disais que l'on doit rendre attentif les médecins traitants sur l'effcience de leur pratique. » [...] « Prévention qui permettrait de faire une bonne économie de santé. »*

Mise en place de la capitation

Le médecin MT4 émet l'idée que la raison de l'existence de la ROSP favorise la mise en place de la capitation et quelque part un moyen de salarier les médecins libéraux.

MT4 : *« Le but c'est de nous pousser à la capitation, forfaitisation des soins, la fin du paiement à l'acte, donc ça permet de faire de nous petit à petit des salariés de la Sécurité Sociale avec les contraintes qui sont liées sans les avantages parce qu'on continuerait à être des libéraux en termes de frais et des charges. Pour moi, c'était juste le début du processus de capitation. »*

Objectifs de santé publique

Le médecin MT5 émet un deuxième avis concernant l'existence de la ROSP. Son premier avis est qu'il y a des indicateurs financiers qui permettent une réduction des coûts de l'Assurance Maladie et son deuxième avis est un objectif de santé publique.

MT5 : *« Il y a quand même des objectifs de santé publique derrière notamment la surveillance du diabète, de l'hypertension et de la maladie rénale. »*

Dématérialisation

MT5 aborde également l'idée d'une dématérialisation des données.

MT5 : *« C'est pour inciter les médecins à utiliser les services de la Sécurité Sociale en ligne, dématérialisée parce que ça leur fait moins de boulot. »*

Bon contact avec l'Assurance Maladie

Le médecin MT10 aborde le fait que la ROSP permet de maintenir un bon contact avec l'Assurance Maladie. *« Je voulais dire que ça permet un bon contact avec l'Assurance Maladie à travers ses représentants et ses collaboratrices. »*

Aucune idée de la raison de l'existence de la ROSP

Deux médecins, MT6 et MT11, évoquent le fait qu'ils n'ont aucune idée de l'existence et de la raison de la mise en place de la ROSP.

MT6 : *« Je n'en ai aucune idée. »*

MT11 : *« Je n'en sais rien, je ne sais pas. »*

2. Points de vue qui émergent le plus concernant la ROSP

Bénéfice financier

Le point de vue qui regroupe le plus de médecins est le fait que la ROSP est un apport financier important. Une grande partie des médecins (9 médecins sur les 12 interviewés) abordent l'idée d'une rémunération complémentaire.

MT1 : « *C'est une rémunération sur objectif qui t'apporte une certaine somme d'argent. »*

MT2 : « *Après effectivement, ça fait un beau treizième mois. »*

MT6 : « *Je trouve que la ROSP et ses forfaits sont devenus très importants dans mes revenus, cela incite à travailler moins. »*

MT9 : « *C'est assez sympathique quand la ROSP tombe, c'est quand même de l'argent en plus, ce n'est pas désagréable. »*

MT10 : « *Après que ça découle sur un revenu complémentaire, ça montre l'intérêt de l'Assurance Maladie pour la médecine générale. »*

Suppression de la ROSP

Beaucoup de médecins ont exprimé le fait d'être défavorable concernant la ROSP, certains exigent même sa suppression.

MT1 : « *Non, ça ne me semble pas pertinent. Peut-être pour certains, mais honnêtement je ne pense pas que quelqu'un prescrive quelque chose parce que dans la ROSP il valait mieux prescrire ça. Tu le prescris parce que tu penses que c'est mieux pour le patient. » [...] « Je pense que ce n'est pas un bon moyen de nous inciter à faire des choses. »*

MT4 : « Pour moi, ça ne sert à rien et c'est bénéfique ni pour les patients ni pour nous parce que ça nous incite à nous focaliser sur des points, qui sont certes importants, mais que l'on fait de toute façon. Je ne vois pas l'intérêt. » [...] « Pour moi, comme dit il faut que ça s'arrête et j'espère qu'il y a de plus en plus de confrères qui vont diminuer leur déclaratif pour faire comprendre à la Sécurité Sociale que ce n'est pas une façon de rémunérer notre travail. »

MT6 : « Sur le fond je ne suis pas pour, après il y a de l'argent qui tombe, on ne va pas ne pas le prendre. » [...] « Maintenant, si on me posait la question à l'époque, si on faisait une ROSP ou pas, ma réponse aurait été négative, parce qu'en principe je trouve ça aberrant. »

MT7 : « Pour moi, la ROSP part d'une bonne intention mais c'est quelque chose qui devrait être enlevé parce que la ROSP finalement c'est un paiement forfaitaire. »

MT11 : « Ça ne m'intéresse pas, je ne trouve pas ça normal. Quand ça s'est mis en place je trouvais ça scandaleux parce que moi je n'ai pas besoin de ça pour bien travailler. C'est vraiment nous prendre pour des cons et nous filer de l'argent pour bien faire les choses. Donc je trouve que ça n'était pas respectueux pour nous. » [...] « Moi je ne suis pas pour, donc je pense que l'on devrait avoir des consultations mieux payées et supprimer la ROSP. »

Favorable à la ROSP

Certains médecins, quant à eux, expriment être favorable à la ROSP et sont pour le maintien de celle-ci.

MT8 : « Il y a des évolutions souhaitables mais après sur le principe je trouve que c'est plutôt une bonne chose. »

MT9 : « *C'est bien. Disons que j'écoute ce que l'on me dit de faire et j'essaye d'appliquer cela.* »

MT10 : « *Je trouve que c'est bien conduit, je trouve que ce sont des indicateurs qui traitent de la pratique de la médecine et en particulier de la médecine générale. Après que ça découle sur un revenu complémentaire, ça montre l'intérêt de l'Assurance Maladie pour la médecine générale pour l'efficience de la médecine générale, pour améliorer cette médecine générale et pour qu'elle réponde mieux aux besoins de la population et de toutes les populations.* »

MT12 : « *Favorable, c'est bien. Si je peux être rémunérée en travaillant selon les objectifs et selon les recommandations, moi ça me va.* »

Manque de transparence et chiffres erronés

Certains médecins évoquent un manque de transparence dans la communication des données, mais également des chiffres erronés, venant de l'Assurance Maladie.

MT1 : « *C'est une rémunération sur objectif qui t'apporte une certaine somme d'argent mais qui n'est pas vérifiable. Souvent les chiffres que l'on constate sur les relevés sont parfois douteux. Le ressenti que le praticien a n'est pas le même annoncé par les chiffres.* »

MT7 : « En plus, la ROSP est calculée de manière assez aléatoire, j'ai pu relever quand même beaucoup de choses qui était erronées dans la ROSP. Quand la visiteuse de la Sécurité Sociale est venue me voir en me montrant les chiffres, j'ai directement vu qu'il y avait des choses qui étaient fausses donc qu'on ne nous revalorise pas la consultation parce qu'on nous met ça à la place et que ça c'est faux, je ne sais pas combien d'argent je perds avec leurs calculs qui sont faux mais je pense que j'en perds pas mal. »

MT8 : « Ça énerve toujours quand les critères ne sont pas atteints, d'autant que les calculs ne sont pas toujours justes et je pense que ça, c'est très irritant notamment sur les arrêts de travail en ligne. » [...] « Il y a eu des calculs qui étaient faux donc des critères non atteints pour les confrères. »

MT11 : « Des indicateurs qui sont discutables et obscurs, on ne sait pas comment ils se basent pour ça. »

Neutralité des médecins concernant la ROSP

D'autres médecins expriment une neutralité vis-à-vis de la ROSP. Les médecins neutres sont minoritaires face à ceux qui y sont défavorables ou même encore favorables.

MT2 : « Entre 80 et 90 % des confrères qui n'y sont pas favorables et qui préféreraient une rémunération à l'acte uniquement, ce à quoi je ne suis pas forcément d'accord et plus ou moins 10% qui trouvent ça assez bien. Moi je suis un peu entre les deux, dans le sens où l'idée est bonne mais il faudrait vraiment que ce soit comme l'ONDAM ou ce genre de budget qui sont décidés à

l'avance et donc qu'on sache précisément telle année on touche tel forfait si on a telle patientèle. »

MT5 : *« D'un point de vue général, ça ne me dérange pas spécialement. »*

Valorisation de la prévention

La ROSP a permis tout de même, selon trois médecins, d'accorder une plus grande importance et a été un élément de prise de conscience concernant le dépistage et la prévention.

MT3 : *« Je n'avais pas conscience de l'importance du dépistage. Ça ouvre les yeux sur certains aspects et apporte une vision de ce que tu fais que tu n'as pas forcément toi. »*

MT6 était contre la ROSP mais souligne notamment un point positif concernant l'importance des dépistages.

« C'est plutôt une bonne chose. Pour en avoir discuté avec des collègues, il y a des collègues qui ne faisaient pas du tout ces dépistages-là et quand c'est apparu dans la ROSP ça les a motivés à faire ces dépistages. »

MT10 : *« Point particulier pour la prévention, parce que beaucoup d'indicateurs traitent de la prévention en matière de médecine. »*

3. Opinion générale des médecins généralistes concernant la ROSP

Contre la ROSP et contestation des chiffres

Lorsque l'on pose la question : « quelle est selon vous l'opinion générale des confrères concernant la ROSP ? » : L'opinion générale qui émerge le plus lors de ses discussions est que les médecins généralistes sont contre la ROSP. L'idée de contestation des chiffres est également présente.

MT1 : « *L'opinion générale est que personne n'en veut. » [...] « Que tout le monde pourrait contester les chiffres. »*

MT3 : « *Souvent les médecins sont très négatifs dans les repas. »*

MT5 : « *Que ça ne devrait pas exister, qu'on devrait être mieux payé, que l'acte soit mieux payé plutôt que d'avoir la ROSP. »*

MT7 : « *La plupart des médecins veulent que la ROSP cesse et souhaitent une revalorisation de l'acte à la place. »*

MT9 : « *Négative, disons que c'est une pression, donc je pense que quand on est un jeune médecin peut-être qu'on ne supporte pas cette pression. »*

Neutralité des confrères

L'opinion générale des confrères concernant la ROSP est rarement neutre, seul MT5 souligne que dans son cabinet, ses collègues sont plutôt neutres vis-à-vis de la ROSP.

« Ici au cabinet, on est plutôt neutre, on le fait parce que c'est instauré. Après j'ai une collègue qui trouve ça plutôt logique qu'on soit encadré et surveillé dans nos prescriptions. Moi j'estime ne pas faire forcément d'abus, d'être dans une extrême en termes de prescriptions, je ne mets pas d'antibiotiques. Je ne suis ni totalement pour ni totalement contre. Ça me laisse indifférente. »

Avis divergents et très opposés

Deux médecins expliquent qu'ils distinguent deux groupes de médecins avec des avis divergents, un groupe de médecins favorables à la ROSP et un autre qui est opposé à celle-ci.

MT2 : *« Plus ou moins 10% qui trouvent ça assez bien. »*

MT10 : *« Les seconds sont plutôt favorables, parce qu'ils se disent, comme moi, que l'Assurance Maladie a un plan économique, il y a une efficience et un résultat à obtenir en matière de médecine générale et donc il faut appuyer sur les bonnes pratiques et les préventions. »*

Aucune discussion concernant la ROSP

Certains médecins expliquent également qu'aucune discussion entre confrères aborde le sujet de la ROSP.

MT7 : *« Je ne peux pas trop répondre à cette question, parce qu'on n'en parle pas ou peu, par exemple je ne sais absolument pas combien mes collègues touchent avec la ROSP. »*

MT11 : *« Je ne sais pas, je n'en parle pas trop en fait. »*

MT12 : *« On n'en discute pas vraiment, je n'ai pas de discussion avec eux concernant la ROSP. »*

4. Moyens d'informations sur la ROSP

Délégués de l'Assurance Maladie

Tous les médecins interviewés sont informés de manière identique et évoquent qu'ils sont informés par les délégués de l'Assurance Maladie. Les médecins sont aidés par ses délégués pour remplir la partie déclarative de la ROSP.

MT2 : *« Le délégué de la Sécurité Sociale qui vient nous aider à le remplir parce que tout n'est pas forcément logique. Il intervient une fois par an, généralement en fin d'année parce qu'ils nous disent la période de saisie, de déclaration est ouverte. »*

MT11 : *« La déléguée de l'Assurance Maladie quand elle vient, elle me dit juste quelques chiffres et encore je la vois très peu. Donc, on a très peu d'informations là-dessus. De toute façon quand elle vient c'est juste en fin d'année, l'année est écoulée et est déjà faite la ROSP. »*

Échanges et discussions avec les confrères

Deux médecins, MT8 et MT10, s'informent également par les échanges entre collègues.

MT8 : *« On en parle effectivement avec les collègues. »*

MT10 : *« Il y a surtout les échanges avec les confrères. »*

AmeliPro

MT2 et MT6 évoquent AmeliPro comme autre moyen de s'informer.

MT2 : *« Avant tout c'est AméliPro, parce qu'on a quand même des notifications comme quoi il faut aller remplir tel papier, tel indicateur. »*

MT6 : « *Je suis informée sur la ROSP de deux façons ; via Ameli, je peux aller sur mon compte et je vois mon compte ROSP. »*

Autres moyens d'informations

D'autres moyens d'informations sont cités par les médecins. Les syndicats et l'URPS sont un autre moyen d'information, cité par MT8 : « *Le syndicat fait de l'information, l'URPS en fait. »*. On peut être informé par mail évoqué par MT5 : « *Je suis informée par mail. »*, et un autre médecin a été informé à son installation en cabinet, MT1 : « *Je l'ai appris par hasard en m'installant, quand tu es interne tu ne sais pas que tu as des ROSP et des forfaits médecins traitants. Tu l'apprends sur le tas quand tu es installée. »*

C. Facteurs d'opposition et d'adhésion de la ROSP

1. Limites et faiblesses de la ROSP

Singularité du patient

La limite et la faiblesse que les médecins ont le plus évoqués est le fait que chaque patient à une singularité qui lui est spécifique. La moitié des médecins interviewés ont évoqué cette singularité du patient. De ce fait, les critères et indicateurs ne peuvent pas convenir à tout le monde. Le médecin est alors pénalisé dans ces résultats concernant les indicateurs.

MT4 : « *Non, parce que ce sont des objectifs théoriques et puis après en pratique sur les cas par cas, par exemple les hypnotiques si je peux les arrêter je le fais, mais en fait la plupart du temps ce sont des patients qui les ont depuis 20/30 ans, qui sont des habitués et ça ne sert plus à grand-chose de les enlever, selon cette situation très précise. »*

MT7 : « La ROSP se base quand même sur des recommandations HAS mais les recommandations dans la pratique courante, on ne peut pas toujours les appliquer. Donc parfois on est obligé de dévier des recommandations mais pour le bien du patient. » [...] « Quand on est en face du patient on n'a pas à se préoccuper de la ROSP, faut qu'on se préoccupe de notre patient d'abord. »

MT9 : « Les limites, c'est qu'on ne peut pas toujours l'appliquer, parce qu'on est face à un patient et non pas à une masse de patient. De temps en temps on sort de la ROSP, mais on sait qu'on y sort donc c'est bien. »

MT10 : « La limite, c'est le droit de regard sur une médecine générale qui reste une médecine globale de l'être humain qui relève aussi de la pratique personnelle du médecin et de la particularité de chacun, qui fait que l'on ne peut pas mettre chacun dans un moule. On ne peut pas standardiser le patient. »

Critères non-pertinents

Le deuxième avis qui est le plus revenu est l'impertinence des critères et des indicateurs de la ROSP. Certains médecins évoquent des critères trop ciblés, des critères difficilement applicables dans la pratique ou encore hors propos.

MT4 : « Je pense que la faiblesse c'est que l'on cherche à nous focaliser sur des points qui sont pourtant maîtrisés normalement par tous, qui ne vont pas dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients à mon avis, qui nous détournent de l'attention porter à des points de santé qui sont pour beaucoup de patients plus importants. » [...] « Je pense que ça peut vraiment nous

détourner de certaines choses qui sont importantes, pour nous focaliser vers les choses qui vont nous apporter de l'argent, ça nous éloigne un petit peu de l'éthique de notre pratique et puis pour moi ça n'est pas déontologique, ça n'est pas sain. »

MT5 : « Les faiblesses c'est qu'il y a des choses un peu trop ciblées que clairement en pratique on ne peut pas mettre en œuvre dans une consultation, qu'on ne peut pas faire, notamment le dépistage des troubles auditifs. Quand on voit les critères qu'il faut remplir, c'est faramineux. Il y a aussi le calcul du Score, savoir combien de fois on l'a fait par an pour combien de patients, j'ai un peu du mal à le faire systématiquement. Je le fais quand j'en ressens le besoin mais ça n'est pas quelque chose de systématique chez moi. »

MT8 : « Les faiblesses c'est qu'il faut choisir des critères pertinents et ce n'est pas toujours facile. »

MT12 : « Les limites, c'est chez les enfants faire des tests visuels ou auditifs, quand on n'a pas le matériel, c'est compliqué. Je le fais avec des petits jeux. »

Données non-vérifiables et erreurs de calcul

Des médecins évoquent des erreurs de calcul, des données non-vérifiables et un manque de transparence de l'Assurance Maladie vis-à-vis des médecins.

MT1 : « Les limites sont que les chiffres ne sont pas du tout vérifiables. Il y a aussi le nombre d'INR fait dans l'année et le nombre d'hémoglobine glyquée, le nombre de patients diabète metformine. Les chiffres donnés ne peuvent pas être vérifiés. » [...] « Là où c'est flagrant c'est pour les hypnotiques parce que moi je n'initie jamais de Stilnox ou Imovane.

Des fois en voyant le rapport trimestriel je m'aperçois d'un pic sans en avoir prescrit. C'est opaque, tu ne peux pas vraiment vérifier. »

MT7 : *« Après les limites c'est les erreurs de calcul. »*

MT11 : *« L'autre chose, les limites, c'est ce que j'ai déjà dit, sur les dosages je sais que je n'étais pas dans les clous sur l'albuminurie parce que je devais prescrire des micro-albuminuries et du coup eux ils comptaient albuminurie, donc tu n'as pas tes points alors que tu as fait ta recherche. Donc il y a parfois des jeux de langage sur les recherches. »*

Limite de l'intervention et de l'influence des médecins sur le patient

Des médecins abordent la limite de leur intervention auprès de leur patient. Ils ont parfois une certaine difficulté à convaincre les gens à faire certains dépistages ou vaccins. Ils font de la prévention mais ils ne peuvent pas obliger leurs patients à faire des dépistages.

MT2 : *« La faiblesse est qu'il y a des choses sur lesquelles on ne peut pratiquement pas intervenir, par exemple le nombre de mammographies, de frottis, moi en tant que médecin généraliste je ne peux pas y faire grand-chose. Je ne pense pas qu'il y ait un impact énorme, je n'arrive pas à influencer les gens. C'est comme le nombre de vaccins pour la grippe, si les patients ne veulent pas, on ne peut rien y faire. »*

MT3 : *« Le nombre d'INR dans l'année, ils en veulent 12 donc on les prescrit mais les gens ne le font pas comme l'hémoglobine glyquée. »*

MT6 : « *Après sur le fond, je trouve ça regrettable qu'on paye en fonction de certains critères. Si le patient n'a pas fait son dépistage, c'est le praticien qui est puni.* » [...] « *J'essaye de faire monter mes dosages d'hémoglobine glyquée en sachant que je n'y suis pour rien, parce que j'ai beau donné l'ordonnance aux patients, c'est quand même lui qui a le choix final.* » [...] « *Les limites c'est qu'au final c'est que le patient décide ce qu'il va faire.* »

MT11 : « *J'informe les gens, maintenant s'ils ne veulent pas ils ne veulent pas. Je ne vais pas les forcer et les prendre par la main pour qu'ils fassent les choses. Mon rôle c'est de délivrer une information, de leur expliquer et ça je le fais, qu'il y ait la ROSP ou pas la ROSP. Après tu es pénalisée parce que tes patients ne veulent pas le faire alors que tu as fait ton travail toi.* »

Surveillance abusive et infantilisation du médecin

Trois médecins évoquent le fait d'être surveillé de près dans leur pratique, mais également d'être infantilisé par un système de notation et de récompense en fonction de leurs résultats.

MT6 : « *On a l'impression d'être à l'école et d'être notée, d'avoir une note. Ça sous-entend que l'on ne fait pas bien notre travail.* »

MT7 : « *On a aussi l'impression d'être fliquer dans notre démarche.* » [...] « *Ça part d'une bonne intention, mais alors soit ils le font correctement et ils le font de façon un peu moins pour nous fliquer mais de manière un peu plus subtile avec des points peut être plus intéressants ou alors ils l'enlèvent et ils revalorisent le G.* » [...] « *Après les limites c'est les erreurs de calcul, le flicage, on essaye de contrôler notre pratique alors que l'on est libéral.* »

MT11 : *« Je trouve que c'est une récompense financière qui est très infantilisante. C'est un système que je n'aime pas, je n'aime pas être infantilisée. »*

Aucune anticipation des chiffres

MT1 et MT2 évoquent qu'ils n'arrivent pas à anticiper les chiffres de la ROSP, les chiffres sont variables d'une année à l'autre.

MT1 : *« Sauf que ton cabinet coûte le même prix, ton ordi pareil. Tu ne sais jamais l'année d'après combien tu vas toucher et pour la ROSP c'est pareil. »*

MT2 : *« Le gros problème que l'on a, c'est que l'on est une entreprise libérale en tant que médecin libéral installé et qu'on a besoin de savoir anticiper les chiffres que l'on va recevoir pour savoir ou non si l'on peut engager du personnel, quel frais on peut engager et la ROSP change chaque année, c'est difficile d'anticiper ce que l'on va percevoir et donc de faire un business plan. » [...]*
« Par contre le fait que ça soit si variable et si peu anticipable ça fait râler énormément de médecins. »

Impact des spécialistes sur les chiffres de la ROSP

Après la limite d'intervention des médecins sur les patients qui peut produire une baisse des chiffres et un résultat faible sur certains indicateurs, deux médecins évoquent que certains spécialistes ont un impact également sur les chiffres des médecins.

MT1 : « *Le nombre de mammographies est à la baisse, alors que les femmes veulent faire leur mammographie, c'est juste qu'elles n'arrivent pas à avoir leur rendez-vous dans les 3 à 6 mois. Les indicateurs de mammographie descendent alors que ce n'est pas la faute du praticien.* » [...] « *Il y a aussi l'impact des autres professionnels qui prescrivent eux aussi des choses. Par exemple avec les anxiolytiques, si les patients vont voir un psy et qu'il prescrit du Lexomil ou du Stilnox c'est noté dans tes prescriptions à toi. Alors que le médecin n'a jamais prescrit ça et qu'il n'y est pour rien.* » [...] « *Par exemple pour la metformine, si le patient va voir un endocrinologue et qu'il prescrit autre chose que de la metformine, le médecin traitant n'y peut rien. Ça centraliste tout ce que le patient a comme prescription dont tu n'es pas forcément l'auteur. Là où c'est flagrant c'est pour les hypnotiques parce que moi je n'initie jamais de Stilnox ou Imovane. Des fois en voyant le rapport trimestriel je m'aperçois d'un pic sans en avoir prescrit. C'est opaque, tu ne peux pas vraiment vérifier.* »

MT4 : « *Je ne comprends pas non plus aussi pourquoi on est responsable de prescription des confrères spécialistes qui après sont comptabilisées chez nous.* »

Sommes de la ROSP basses

MT1 et MT8 explique que les sommes de la ROSP sont basses.

MT1 : « *Les sommes de la ROSP ne sont pas faramineuses, il y en a qui ne regarde même pas et ne la déclare pas, certain ne veulent pas toucher l'argent de la ROSP.* »

MT8 : « *Les faiblesses c'est qu'il faut choisir des critères pertinents et ce n'est pas toujours facile, et peut-être que les montants ne sont pas toujours incitatifs.* »

Impact faible et de courte durée de la ROSP

MT12 évoque que la ROSP a un impact sur une courte durée, seulement en fin d'année. La ROSP n'impacte pas, ou seulement dans un court laps de temps, dans la pratique des médecins.

MT12 : « *Les ROSP, tu regardes une fois par an ce qu'il faut faire mais c'est vite oublié, c'est un peu ça aussi la limite.* »

Objectifs liés aux finances

MT4 évoque des critères et des indicateurs qui sont liés à la finance et qui ne sont d'aucun intérêt pour les patients.

MT4 : « *Il y a aussi en fait des objectifs qui sont liés aux finances évidemment, je ne vois pas en quoi prescrire des biosimilaires peut avoir un impact positif sur la santé des patients, d'autant plus qu'on nous demande des prescrire des biosimilaires avec une marque de labo bien particulière. Je ne vois pas trop où est l'intérêt des patients.* » [...] « *Je pense aussi que ça ne doit pas être guidé par la finance, ça devrait être plutôt guidé par la santé publique.* »

2. Forces de la ROSP

Accentue l'importance de certains points dans la pratique

La plus grande force relevée de la ROSP est le fait qu'elle permet d'accentuer l'attention sur certains points de la pratique des médecins généralistes, notamment sur l'importance de la prévention et du dépistage. Les médecins évoquent une valorisation de la prévention dans la ROSP. MT2 évoque également que la ROSP incite et valorise le suivi au long cours du patient.

MT1 : « *Les forces, c'est qu'il y a certains points auxquels il faut faire attention dans ta pratique.* »

MT2 : « Ça valorise le suivi, c'est quelque chose de positif pour moi plutôt que les gens qui font du one shot, qui vont faire que de l'acte sans faire de suivi chronique. »

MT3 : « *Quand la ROSP est sortie, je me suis rendu compte qu'il y a des choses que je faisais qui pouvaient être arrangées ou améliorées, il y avait des axes d'amélioration, comme le dépistage de la maladie rénale chronique, je n'avais pas conscience de l'importance du dépistage. Ça ouvre les yeux sur certains aspects et apporte une vision de ce que tu fais que tu n'as pas forcément toi.* »

MT6 : « *La force est que cela peut inciter les médecins à des changements de comportement.* »

MT7 : « *La force, c'est que ça met l'accès sur le dépistage et la prévention, aujourd'hui c'est très important en tant que médecin généraliste, on fait beaucoup plus de prévention et de dépistage pour éviter que les pathologies arrivent. Ça c'est très intéressant, ça permet de remettre un peu au courant les médecins qui se forment plus sur les nouvelles recommandations, peut-être pour au moins avoir une ligne de conduite.* »

Mise en avant des chiffres

Trois médecins, MT3, MT5 et MT9, évoquent la mise en avant des chiffres comme force. L'Assurance Maladie dispose des graphiques et de tableaux qui permettent de mettre en avant ses chiffres.

MT3 : « *La force de la ROSP est qu'ils ont des chiffres, tu peux voir exactement la réalité, souvent on a des impressions de ce qu'on fait mais on ne se rend pas compte. Ça c'est une force, c'est un attrait pour nous.* »

MT5 : « *Ils ont des diagrammes assez bien faits par rapport à des taux d'hémoglobine glyquée, des taux de dépistage de cancer colorectal et des mammographies, c'est intéressant pour revenir sur sa pratique et voir un peu où on en est dans le dépistage et dans le suivi de ces paramètres. »*

MT9 : « *Voir les tableaux et les graphiques, et si on est en dehors d'un tableau voir pourquoi et de se remettre en cause. »*

Incitative via la rémunération

Deux médecins, MT8 et MT12, évoquent une force financière notamment dans le fait que la ROSP est incitative grâce à sa rémunération.

MT8 : « *Je pense que c'est très incitatif et quand on propose aux gens d'être rémunéré pour des choses, en général, ils fournissent des efforts pour toucher la rémunération. Donc, je pense que c'est un bon moyen d'orienter les pratiques dans une direction. »*

MT12 : « *Comme je t'ai dit, vu que la consultation n'augmente pas vraiment, c'est une façon qu'ils ont trouvé de te motiver, c'est une espèce de motivation à bien travailler. Les ROSP c'est un peu ce qu'il faudrait faire, on t'incite à faire les hémoglobines glyquées, à faire les bons traitements, à mettre moins d'antibiotiques. »*

L'efficience de la pratique

MT10 évoque dans les forces de la ROSP, l'efficience de la pratique : *« Les forces, j'en ai déjà parlé, je redirai l'efficience de la pratique et prévention. Bonne pratique médicale pour une prévention. Aussi une économie de santé avec un bon usage des soins prescrits et des soins adaptés. »*

Unité de prescription

MT9 souligne l'importance que la ROSP accorde à l'unité de prescription des médecins, elle permet une concordance dans les prescriptions des praticiens : *« La force ce que l'on est une unité de prescription, que nous les médecins on agisse tous dans la même direction, c'est important pour prendre une population en charge, on est beaucoup plus crédible. »*

Aucune force

Seulement un médecin, MT11, ne voit aucune force concernant la ROSP : *« Pour les forces, je n'en vois pas, parce que moi je pense qu'on est médecin et qu'on est suffisamment informés pour savoir comment soigner nos patients, c'est notre rôle de généraliste de faire de la prévention. Donc tout ça, moi je trouve que ça n'a pas de sens. »*

D. La pertinence des indicateurs

1. Premiers indicateurs cités

L'hémoglobine glyquée

Une majorité des médecins a cité l'hémoglobine glyquée comme premier indicateur qui lui vient à l'esprit. L'hémoglobine glyquée est citée par sept médecins.

MT3 : *« Il y a l'hémoglobine glyquée, le nombre d'hémoglobine glyquée. »*

MT5 : *« La surveillance des marqueurs par rapport au diabète et le calcul du Score. »*

MT8 : *« Il y a le nombre d'hémoglobine glyquée chez les diabétiques. »*

Les dépistages

Les dépistages sont le deuxième indicateur le plus cité lorsque les médecins pensent aux indicateurs de la ROSP. Les dépistages ont été cités par six médecins. On retrouve plusieurs dépistages notamment le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal ou encore de l'insuffisance rénale.

MT3 : *« Il y a également le dépistage de l'insuffisance rénale chez le diabétique et l'hypertendu. »*

MT7 : *« Les premiers indicateurs ce sont les dépistages recommandés ; ADECA, ADEMAS. »*

MT8 : *« Des suivis de dépistage de cancer du sein. »*

MT11 : *« Les mammographies... »*

Les antibiotiques

Les antibiotiques ont été cités quatre fois dans les premiers indicateurs.

MT9 : *« Faire attention aux antibiotiques et savoir si on se situe dans la moyenne. »*

MT10 : *« J'ai été impressionné par le bon usage des antibiotiques. »*

La pédiatrie

Plusieurs indicateurs relevant de la pédiatrie ont été cités dans les premiers indicateurs.

MT1 : *« Le vaccin pour les nourrissons. »*

MT5 : *« Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant. »*

MT7 : *« En suite ce sont les dépistages individuels ; l'obésité de l'enfant. »*

MT10 : *« La surveillance des facteurs nutritionnels, du poids, du développement staturo-pondéral chez les enfants. »*

La télétransmission

La télétransmission des documents a été également citée quatre fois.

MT2 : « *Les indicateurs notamment la dématérialisation.* »

MT5 : « *Il y a les FSE » [...] « arrêts de travail dématérialisés »*

MT7 : « *Télétransmission* »

MT8 : « *Donc moi, je pense déjà à l'informatique, la télétransmission.* »

Forfait patientèle-médecin traitant

Bien que le forfait patientèle-médecin traitant ne fasse pas partie de la ROSP, il a quand même été cité trois fois dans les indicateurs.

MT2 : « *Le forfait patientèle-médecin traitant, donc on touche une certaine somme une fois par an.* »

MT8 : « *On peut inclure les forfaits de patientèle médecin traitant.* »

MT12 : « *Le nombre de la patientèle (forfait médecin traitant).* »

Prescription des génériques

Deux médecins, MT2 et MT9, ont cité la prescription des génériques dans les indicateurs.

MT2 : « *L'indicateur de prescription des génériques.* »

MT9 : « *Les génériques, essayer de prescrire le plus de génériques.* »

Autres indicateurs

D'autres indicateurs ont été cités seulement par un médecin, il y a notamment l'indicateur concernant les benzodiazépines et les biosimilaires cités par MT4 : « *benzodiazépine* », « *biosimilaires* », la maîtrise de stage citée par MT8 : « *il y a la maîtrise de stage dont on parlait* », le nombre d'INR cité par MT3 : « *le nombre d'INR dans l'année* », le suivi des pathologies chroniques évoqué par MT7 : « *le suivi des pathologies chroniques* », prescription de TSH et les vaccinations abordés par MT11 : « *TSH* », « *les vaccinations.* »

2. Les décideurs des indicateurs de la ROSP

Les médecins

La majorité des médecins interviewés ont rapporté que le choix des indicateurs devrait revenir aux médecins. Sept médecins ont répondu que cela devait être des praticiens qui décident des indicateurs de la ROSP.

MT1 : « *Il faudrait que ça soit un collège de médecins généralistes qui décident que tel ou tel acteur/ item soit important.* »

MT2 : « *Plutôt les médecins, des médecins qui réfléchissent ensemble.* » [...] « *Il faudrait qu'il y ait vraiment une interaction avec les médecins de terrain, donc les prescripteurs et quelqu'un qui travaille en santé public mais encore une fois un médecin qui aura une vision vraiment globale et non pas uniquement administrative et qui sort que des tableaux Excel et qui n'aura pas forcément conscience de la réalité derrière les chiffres qu'on peut présenter.* »

MT3 : « *Ça devrait être des médecins, il n'y a qu'un médecin qui peut juger de ça.* »

MT4 : « *Il faudrait que ça soit un consensus médical.* »

MT5 : « *Que ce soit fait avec des médecins, que ce soit un peu plus calé sur une réalité de consultation parce que là on sent bien qu'il y a certains points qui sont demandés par des personnes qui n'ont jamais fait de consultation en médecine générale.* »

MT7 : « *Pour moi, ça dépend quel est le but de la ROSP, est-ce que le but premier c'est de prendre en charge les patients, alors là à ce compte-là, ça devrait être des médecins.* »

MT8 : « *Sur les côtés orientation des pratiques peut-être donner une place plus importante au collège de la médecine générale.* »

Les médecins issus de l'HAS

Les médecins issus de l'HAS ont été cités par deux médecins, MT4 et MT6. MT4 ajoute également des médecins issus de Syndicats représentatifs.

MT4 : « *Par exemple, pourquoi pas, on va dire des médecins issus de l'HAS, pourquoi pas aussi des médecins issus des syndicats qui sont quand même les co-représentatifs de notre pratique, un mélange de tout ça.* »

MT6 : « *Ça devrait être l'HAS, uniquement elle, ça ne devrait pas être la Sécurité Sociale.* »

Union entre praticiens et CPAM

L'union entre praticiens et CPAM a été citée deux fois également.

MT5 : « *Je pense que cela devrait être un petit peu plus concerté entre les médecins et la Sécurité Sociale. »*

MT10 : « *J'en ai parlé un petit peu tout à l'heure, je pense qu'il faudrait que ce soit l'union entre les praticiens et la caisse primaire de l'Assurance Maladie, je pense qu'il faut que nos représentants en médecine générale et la caisse établissent les référentiels. »*

Autres décideurs

MT7 avait évoqué que les médecins devaient être décideurs des indicateurs si le but premier étant de prendre en charge les patients, cependant, il émet la CPAM décideur des indicateurs si le but de la ROSP était l'efficacité de la santé publique : « *Si le but c'est effectivement de faire des réductions de coût de santé publique, alors là c'est la CPAM, mais il faut qu'ils soient honnêtes dès le départ sur ce qu'ils veulent faire. »*

MT9 évoque des médecins experts dans le choix des indicateurs de la ROSP : « *Je m'en fous, je fais confiance, je pense que ce sont des médecins experts. Ce sont des médecins qui ont le temps de se pencher sur ce problème. »*

3. Avis concernant les indicateurs

Indicateurs non-pertinents et purement économiques

Une grande partie des médecins ont cité des critères non-pertinents qui entrent dans la ROSP. Cinq médecins évoquent des indicateurs qui sont difficilement applicables ou jugés sans intérêt par les praticiens. Deux autres médecins parlent de raisons purement économiques des indicateurs et les médecins sont défavorables à cette pratique. MT9 parle des sulfamides, hors ces derniers ne font pas partie des indicateurs ROSP.

MT1 : « *Par contre la part de générique est purement économique. Tu ne soignes pas mieux si tu mets des génériques ou si tu n'en mets pas. C'est une histoire d'argent. »*

MT4 : « *Par exemple, pour moi, la question des biosimilaires génériques, franchement je ne vois pas trop l'intérêt, on prescrit déjà beaucoup de génériques, le biosimilaire générique je ne vois pas pourquoi on met des indicateurs comme ça. Tout ce qui est benzodiazépines, antibiotiques, etc... tout ça on sait, on fait attention à nos pratiques, donc pareil je ne vois pas l'intérêt et les dépistages c'est bien ancré depuis longtemps, les diabétiques on sait comment les prendre en charge, ça ne nous pousse pas vers le haut. »*

MT7 : « *Par contre, il y a d'autres indicateurs qui sont axés réduction de dépenses de santé publique, ça par contre je suis moins d'accord, ça ce n'est pas notre problème. » [...] « Tout ce qui est axé réduction de coût de santé publique, ça par contre je ne suis pas trop d'accord. »*

MT8 : « Sur les critères médicaux je trouve que les critères qui ont été mis en avant, les dernières années, n'ont pas toujours été pertinents. » [...] « L'hémoglobine glyquée je trouve que ça peut se discuter parce que finalement, il y a des raisons d'avoir des chiffres qui ne sont pas bons, qui ne sont pas forcément liés à une mauvaise pratique. Je pense pareil sur les dépistages, même si le fait que ce soit rémunéré est incitatif. » [...] « Le côté ROSP clinique ça n'est pas toujours pertinent et souvent c'est difficile parce qu'il y a des topologies de patientèle qui font que l'on va avoir plus de mal à atteindre certains critères du coup ça peut être pénalisant pour les confrères qui ont une qualité de pratique qui est très bonne. »

MT9 : « Entre autres pour les anti-diabétiques, les sulfamides qu'il faudrait prescrire je ne le fais pas, parce que l'ensemble des endocrinologues disent qu'il faut laisser tomber. Il y a des choses que je ne fais pas. »

MT11 : « Il y a aussi les benzodiazépines, ça peut amener à sélectionner des patients. J'ai tout un lot de patients à la Maison-Relais qui sont tous alcoolo-tabagiques avec des pathologies psychiatriques, les benzodiazépines je ne vais pas leur arrêter, ils ont des benzodiazépines depuis plus de trois mois, ça me pourrit mes chiffres. Alors après, tu vas te dire « oh bah non je ne vais pas prendre ces patients-là parce qu'ils pourrissent mes chiffres et je ne vais pas avoir mes points », tu vois il y a un côté pervers aussi de cette ROSP, je ne trouve pas ça terrible. » [...] « Il y a des trucs débiles aussi, sur la TSH et le dosage du diabète, je crois qu'il y a deux dosages ou un dosage au moins isolé chez le patient diabétique. Je ne vais pas dire « un jour vous faites la TSH et l'autre l'hémoglobine glyquée » pour que cela rentre dans ma ROSP. »

Les indicateurs pour la prévention dans la ROSP

Bien que certains médecins soient contre la ROSP, la majorité sont favorables aux indicateurs concernant la prévention et le dépistage. Ils trouvent que la place du dépistage et de la prévention au sein de la ROSP est une bonne chose.

MT1 : *« Je pense que certains indicateurs sont importants. » [...] « Les mammographies sont importantes ainsi que le dépistage du cancer colorectal, mais encore une fois ça ne dépend pas de toi. »*

MT6 : *« C'est plutôt une bonne chose. Pour en avoir discuté avec des collègues, il y a des collègues qui ne faisaient pas du tout ces dépistages-là et quand c'est apparu dans la ROSP ça les a motivés à faire ces dépistages. Je pense qu'il y a eu des améliorations de prise en charge par rapport à ces indicateurs. »*

MT7 : *« Certains indicateurs sont vraiment pensés prévention et axés santé du patient, ceux-là me semblent bien, par exemple pour tout ce qui est dépistage. » [...] « Tout ce qui est axé prévention, dépistage, santé du patient, je suis d'accord. »*

Indicateurs pertinents

Certains médecins trouvent les indicateurs pertinents, les médecins qui trouvent ces indicateurs pertinents, sont pour la plupart favorables à la ROSP.

MT2 : *« Il y en a qui sont pertinents, typiquement l'indicateur de prescription des génériques. »*

MT8 : « Après, sur les critères organisationnels, je pense que ça a particulièrement de sens de rémunérer les efforts d'informatisation parce qu'il y a les coûts derrière et puis sur la maîtrise de stage, c'est incitatif donc pour moi ça a du sens aussi. »

MT9 : « C'est bien et c'est utile à notre pratique, cela permet de savoir où l'on est, si on est hors ROSP ou si l'on est dans la ROSP. On n'est pas obligé de les respecter, moi je fais ce que je veux. Mais c'est un guide. »

MT10 : « Je pense que ces indicateurs sont importants, et dans la pratique, ils permettent une bonne pratique médicale y compris dans la prévention. »

MT12 : « L'hémoglobine glyquée, combien de fois tu le fais, combien tu mets de traitement par statine, oui c'est bien. Je pense que c'est bien. »

4. Attitudes concernant les indicateurs bas

Modification des pratiques

La moitié des médecins (6 médecins sur 12) évoquent une modification de leur pratique et une plus grande attention sur certains indicateurs lorsqu'ils remarquent qu'ils ont des chiffres qui sont bas.

MT3 : « Quand je consulte ça et si j'ai des critères bas je pense que ça m'influe quand même, j'essaye de modifier ma pratique oui. Tu es toujours content quand tu es dans les clous. »

MT5 : « *Au moment où je remplis oui, je me dis qu'il faudrait faire plus attention. Les indicateurs-là que tu cites, ce que j'ai en tête c'est surtout les tests de dépistage, où alors quand on se rend compte qu'il y a des critères qui ne rentrent pas dans les clous par rapport à des choses qui doivent être dématérialisées et que la Sécurité Sociale attend de nous des arrêts de travail, oui j'essaye de rectifier le tir.* »

MT6 : « *Quand il y a un facteur qui baisse, j'essaie de le remonter.* » [...] « *Pour les IPP, ça a été possible et j'ai vraiment baissé de façon significative.* »

MT10 : « *Oui, je tiens compte de la ROSP qui nous situe par rapport à la pratique locale, loco-régional et par rapport aux profils identiques de généralistes. J'en tiens compte dans ma pratique quotidienne, surtout dans le sens de la prescription et dans la justesse de la prescription. Je pense aux actes de biologies, par exemple ou je peux être plus précis, plus fin, un peu moins exhaustif que j'ai déjà été.* »

Peu ou aucune modification des pratiques

Quant à l'autre moitié des médecins, ils évoquent que lorsqu'ils ont des chiffres bas ils ne modifient pas leur pratique, voire très peu. Les chiffres bas ne les influencent pas dans leur pratique de tous les jours.

MT1 : « *Par exemple, un patient ne supporte pas la metformine, tu ne vas pas lui dire de garder quand même ce traitement parce que sinon tu ne vas pas avoir la ROSP.* » [...] « *Pour les antibiotiques c'est pareil, j'essaye de mettre les moins larges spectres possibles, mais qu'il y ait la ROSP ou non j'aurai fait la même chose.* » [...] « *Honnêtement je n'ai rien modifié pour rentrer dans les clous de la ROSP.* »

MT4 : « Les biosimilaires, je ne suis pas bonne du tout. Il me semble qu'il y avait aussi les biosimilaires pour tout ce qui était enoxaparine, Lovenox, et il fallait que l'on mette le nom du laboratoire et c'était bien Sanofi, me semble-t-il, donc je refusais de le faire, pour l'insuline je ne l'ai pas fait non plus. Donc je suis très basse pour ça. »

MT7 : « La dernière fois que j'ai eu la visite de la déléguée de l'Assurance Maladie, elle m'a mis une statistique sous les yeux où j'étais vraiment plus bas que la moyenne et c'était sur le dosage d'hémoglobine glyquée de mes patients diabétiques, ils en ont tous, tous les trois mois. Vraiment tous, c'est obligatoire, je le fais c'est sûr, donc en fait je ne modifie rien. L'erreur vient de chez eux, donc moi je n'ai rien à changer. »

MT8 : « Non, pas vraiment, je dirai. Je prends note quand c'est bas. Il y avait peut-être sur l'alimentation du DMP, là j'ai remarqué que c'était bas, je me suis dit que j'allais peut-être faire un effort là-dessus. Sinon, je n'ai pas vraiment d'objectif de changement de mode de fonctionnement pour atteindre les objectifs. »

MT9 : « Quelques fois non, par exemple pour les sulfamides je n'ai absolument pas modifié, je ne suis pas les prescriptions et les recommandations des sulfamides. Je prescris les GLP. Je sais que je suis un peu hors norme de côté-là, je continue à introduire de l'Ozempic alors qu'il ne faudrait pas. Je sais que ce n'est pas bien mais il y a des choses que je ne respecte pas. »

E. Évolution de la qualité de prise en charge du patient

1. Influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge

Aucune influence

La moitié des médecins pensent que la ROSP n'exerce aucune influence sur la qualité de leur prise en charge.

MT1 : « *Aucune, parce que les dépistages, les mammographies, les tests ADECA, la vaccination des nourrissons, serait réalisé avec ou sans ROSP. Pour moi cela ne change rien.* »

MT4 : « *Pour moi aucune, en fait je boycott la ROSP depuis 2 ans maintenant, donc volontairement je ne me focalise plus sur les objectifs, ça fait partie évidemment du travail de tous les jours. Pour moi ça n'est pas quelque chose qui doit me guider dans ma façon de travailler.* »

MT5 : « *Pour moi, personnellement non.* »

MT11 : « *Pour moi il n'y en a pas.* »

MT12 : « *Ça ne m'influence pas plus que ça, ça ne me fait pas vraiment changer.* »

Influence sur la pratique

L'autre moitié, à l'inverse, pense qu'il y a une influence dans leur pratique.

MT2 : « *A mon niveau, j'aurai tendance à dire que je vais quand même aller regarder s'il y a des volets intéressants à remplir, typiquement pour les patients en ALD ils ont créé un forfait pour remplir le volet de synthèse médical dans le DMP. Donc ce que j'ai pu faire, c'était rapide à faire et c'était valoriser de pas loin de 2000 euros sur l'année.* »

MT3 : « Je pense qu'elle est réelle notamment sur le nombre d'hémoglobine glyquée, la surveillance de l'insuffisance rénale chez le diabétique ou chez l'hypertendu. Il y a une influence certainement, au début sûrement maintenant ça fait quelques années, je pense que la sensibilisation a été faite, aujourd'hui ça ne m'amène plus grand-chose. Ça sensibilise également sur la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées, je me suis rendu compte d'ailleurs que je n'étais pas si mauvais. »

MT6 : « Sur la qualité de la prise en charge, ils sont capables de calculer l'hémoglobine glyquée, les fonds d'œil, de voir si je fais suffisamment bien les dépistages... C'est un peu comme un jeu, une traque donc j'essaye, quand il y a un facteur qui baisse, de le remonter. C'est un peu motivant, pas par l'aspect financier. J'essaye de faire monter mes dosages d'hémoglobine glyquée en sachant que je n'y suis pour rien, parce que j'ai beau donné l'ordonnance aux patients, c'est quand même lui qui a le choix final. »

MT7 : « Ça peut influencer positivement, par exemple je suis très axé prévention, c'est vrai que quand la déléguée de l'Assurance Maladie est venue me dire que le dépistage du cancer colorectal et cancer du sein en faisaient partie, ça m'a rappelé que c'est très important et que même si les gens reçoivent un courrier à la maison, c'est aussi à moi de leur en parler. Grâce à ça, je leur en ai plus parlés. »

MT9 : « Elle est bonne, c'est une influence positive. »

2. Influence inconsciente sur la pratique des médecins

Aucune ou très peu d'influence inconsciente sur la pratique

Une grande partie des médecins ont répondu que la ROSP n'exerçait aucune influence inconsciente sur leur pratique. MT2, MT5 et MT8 ont évoqué une influence très faible sur leur pratique.

MT2 : « A mon niveau, ça influence vraiment très peu » [...] « Dans ma pratique clinique, autant j'ai conscience que je suis un salarié de la Sécurité Sociale mais mes pratiques doivent rester indépendantes d'un décideur financier et reste fidèle à l'avancée des connaissances scientifiques. »

MT5 : « Je ne sais pas si ça influence, ou alors ça va influencer pendant un premier mois après qu'on l'a rempli. »

MT6 : « Ça ne nous influence pas inconsciemment. »

MT8 : « Oui, il y en a forcément une, mais j'en reste convaincu qu'elle est faible. »

MT11 : « Non, parce que je suis à peine au courant des indicateurs, je les regarde en fin d'année passée quand je jette un coup d'œil car il y a quand même des choses à remplir et à checker. Mais pour ma part, non je ne pense pas que ça va m'influencer, ce qui va m'influencer ce sont les nouvelles recommandations, ce sont les lectures et les formations, ce n'est pas la ROSP qui va m'influencer dans ma pratique. »

MT12 : « *Je n'ai pas l'impression que ça influence, moi personnellement je n'ai pas l'impression que ça m'influence. C'est selon mes convictions sur la vaccination, sur la prévention, les vaccins, sur les cancers du col j'essaye quand j'ai le temps de demander, mais la mammographie j'essaye de le faire. »*

Influence inconsciente sur les confrères

MT1, MT4 et MT7 évoquent une influence inconsciente probable chez leur confrère, ils n'évoquent aucunement une influence inconsciente que les impacterait eux.

MT1 : « *Je suis pour le dépistage, mais peut-être que d'autres médecins n'y pensent pas forcément et ne le disent pas à leur patient, alors qu'avec la ROSP et que le médecin voit leur chiffre très bas, le médecin va plus en parler. Certains qui ne le font pas spontanément, il y a peut-être un effet sur eux. »*

MT4 : « *Je pense que si l'on est motivé pour avoir un bon forfait chaque année c'est sûr que l'on va être extrêmement précautionneux par rapport au respect des fonds d'œil, des bio etc... chez les diabétiques par exemple. On va également s'inscrire en tant que médecin traitant pour des enfants qu'on voit peut-être une fois tous les 4 ou 5 mois parce qu'ils vont chez d'autres confrères, je pense que l'on va chercher à forcément obtenir un bénéfice financier. »*

MT7 : « *C'est vrai que ça peut quand même servir de rappel, peut-être pour les médecins plus anciens qui ne sont pas toujours très au clair et qui ne mettent pas au courant. Ça a quand même ce côté-là qui est intéressant mais encore une fois on pourrait le faire différemment. » [...] « Je pense que la ROSP peut avoir une influence positive, les points qui sont abordés par la ROSP, je*

pense qu'avec ou sans la ROSP la majorité des médecins doivent et font déjà des dépistages, la prévention, etc. Il faut le faire, j'ose espérer qu'ils le font. » [...] « Je pense que ça a aussi un impact mais ça peut induire chez certains une peur de se dire qu'il faut absolument être dans les clous. »

Deux groupes

MT10 évoque à nouveau deux groupes distincts concernant la ROSP. Il y a un groupe qui est influencé inconsciemment par la ROSP, tandis que l'autre groupe la ROSP n'exerce aucune influence inconsciente sur eux.

MT10 : *« Toujours les deux groupes, ceux qui sont fâchés décident qu'ils n'y pensent pas et qu'ils feront toujours comme ils ont appris et compris, et comme ils pratiquent en fonction de leur pratique avérée. » [...] « Et puis le deuxième groupe est fortement influencé par tout ce qu'en information on peut en retirer pour une meilleure pratique, parce qu'ils pensent que c'est améliorable. »*

Influence inconsciente sur la pratique

D'autres médecins pensent que la ROSP exerce une réelle influence inconsciente sur leur pratique.

MT3 : *« Bien sûr que ça t'influence, il y a des critères débiles, les statines génériques, tu peux prescrire ce que tu veux de toute façon ça va sortir en générique. C'est comme à une époque, la Pyostacine, tu étais pénalisé parce que tu en prescrivais, pourquoi ? parce que la Pyostacine n'a pas de générique. Donc tu n'es pas bien car tu prescris un médicament qui n'a pas de générique, tu es pénalisé. Si tu voulais des points tu ne prescrivais pas de Pyostacine alors que ça aurait été*

peut-être bien dans certaines situations pour des patients. C'était totalement administratif. Ça n'était pas justifié à mon goût. »

MT9 : *« Oui ça influence, ça n'est pas la finance qui fait que je modifie ma prescription, ce sont simplement les connaissances que la ROSP m'amène. »*

MT12 : *« Peut-être que c'est une petite incitation en plus pour la prévention. Pour demander pendant les consultations, l'âge (25-45ans), y penser plus. Prescrire moins de psychotropes, ça ce n'est pas évident de changer. »*

3. Impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge

Aucun impact ou impact de courte durée

La majorité des médecins explique que la ROSP n'a aucun impact sur leur qualité de prise en charge. Seul MT12 évoque un impact, qui est de très courte durée.

MT1 : *« Je ne suis pas sûre qu'il y ait un impact, parce que je ferai les choses de la même manière si l'année prochaine la ROSP est supprimée. Je ne vais pas pour autant dire aux femmes de ne pas faire leur mammographie. » [...] « Ça fait toujours de l'argent en plus, mais ça n'est pas parce qu'on te donne cet argent que pour autant qu'on peut embaucher une secrétaire. »*

MT2 : *« Mon objectif premier c'est d'avoir une vraie médecine traitante et de répondre aux urgences de ma patientèle, donc ça n'influence pas ma façon de pratiquer ni mes investissements au cabinet parce qu'encore une fois je ne peux pas anticiper quel chiffre c'est. Je vois plus ça comme un bonus inattendu. »*

MT4 : « *Non absolument pas.* »

MT5 : « *Non.* »

MT7 : « *Non, je n'adapte absolument pas ma pratique en fonction de la ROSP. Quand je prescris quelque chose, quand je fais quelque chose, je ne pense pas à me dire « ah, il faut que je sois dans la ROSP ». Quand je fais quelque chose c'est pour mon patient, et je le fais en fonction des dernières recommandations et de la pratique de ma formation mais à aucun moment dans ma tête je vais me dire « ah il y a la ROSP qui m'impose ça, donc je vais faire ça », jamais.* »

MT8 : « *Je ne sais pas si c'est déterminant dans les choix qui sont faits par les médecins, je pense que ça valorise certains choix. Est-ce que ça change fondamentalement la pratique ? je ne pense pas, notamment sur les aspects vraiment médicaux de la prise en charge. Je ne pense pas que ça exerce une grande influence.* »

MT12 « *Pour moi, personnellement je ne fais pas attention à la ROSP. Il y a un impact peut-être une fois que la dame de la Sécurité Sociale vient, il y en a un peut-être quelques jours mais après je fais selon ce que je pense être bien.* »

Impact sur l'interviewé

Seul quatre médecins évoquent un impact de la ROSP sur leur qualité de prise en charge.

MT3 : « *Oui, il y a un impact. On ne pense pas à la ROSP toute la journée mais il y a une prise de conscience via la ROSP puis qui s'applique tous les jours au quotidien.* »

MT6 : « Pour reprendre les génériques, j'ai demandé à mon logiciel de prescrire en DCI et en nom commercial, mes ordonnances sont faites avec les deux. Par exemple, les IPP après avoir vu que ça figurait dans la ROSP, j'ai un peu relu les conduites à avoir avec les IPP. Du coup j'ai beaucoup baissé les IPP. »

MT9 : « Très bon, il y a un impact, ça change, ça modifie mes prescriptions et ça me rassure dans le sens où je sais que ce que je prescris d'après les tableaux, je fais ce qu'il faut et je sais où je suis. Donc ça a un côté crédible, ça me rassure dans mon exercice. Ça me permet de me calibrer par rapport aux autres et de savoir si ma pratique est bonne finalement, si elle correspond à ce qu'il faut. »

MT10 : « Il y a un impact fort, moi ça m'a beaucoup aidé pour rester attentif et m'informer davantage, regarder les référentiels de l'Assurance Maladie et être efficace dans la prescription. »

F. L'aspect financier

1. Avis concernant ce type de rémunération

Favorables à ce type de rémunération

La plupart des médecins sont favorables à ce type de rémunération et ne s'y opposent pas. MT3 suggère également une augmentation de cette rémunération.

MT3 : « Ça devrait être supérieur, c'est quand même une rémunération indirecte qui est relativement importante. Ce n'est pas négligeable, j'ai rencontré une dame de la Sécurité Sociale qui avait calculé combien ça ramenait au nombre de consultation, je trouve que ça fait une belle augmentation du prix de la consultation. J'avais calculé tout ça, ça me faisait 3000 euros par mois. »

MT5 : « Je trouve que ça n'est pas une mauvaise chose parce que ça prend du temps à remplir, même s'il y a des paramètres qui sont faits automatiquement. D'autres choses il faut les remplir manuellement, c'est du temps passé qui est rémunéré. »

MT8 : « Comme je le disais avant, je suis plutôt favorable à ce qu'il y ait une part de la rémunération qui repose sur des critères d'organisation et d'activité. »

MT10 : « Positivement, parce que c'est une rémunération complémentaire à notre activité, positive parce que c'est reconnaître l'importance de la médecine générale dans la prise en charge des soins de premier niveau dans le parcours de soin. »

MT12 : « Oui c'est plutôt bien, ça peut arrondir un peu. C'est sûr qu'on aimerait plutôt que la consultation soit bien valorisée mais bon ça arrondit quand même, ça sert quand même. »

Défavorables à ce type de rémunération

Plusieurs médecins expriment leur opposition à ce type de rémunération, MT1 et MT11 évoquent également un manque de transparence lié à la rémunération de la ROSP.

MT1 : « Je pense qu'il faut enlever ce type de rémunération, qu'il ne faut pas laisser ça en place parce que ce n'est pas significatif, ni vérifiable. C'est opaque. »

MT4 : « Le seul intérêt que l'on peut y trouver c'est pour le forfait médecin traitant parce que ça valorise quand même le fait que l'on ait une patientèle avec le suivi qui s'impose, sinon tout le reste pour moi ça n'a absolument aucun intérêt. »

MT7 : « Ce type de rémunération n'est pas adapté, on ne peut pas toujours suivre les indications à la lettre de cette ROSP pour différentes raisons qui nous sont propres. Moi ce que j'en pense, c'est que c'est un contrôle de notre pratique et je pense qu'il y a d'autres façons de contrôler notre pratique. On va contrôler ce que l'on prescrit, mais par contre les médecins qui font des consultations de 5min, est-ce que l'on peut faire de la bonne médecine en 5min ? ça on peut en discuter, je ne pense pas que c'est une bonne médecine pour moi. Eux n'ont aucun problème, les médecins qui voient des patients toutes les 5min, ils voient 60 patients par jour, on ne leur reproche rien mais par contre un médecin qui voit 2 patients par heure mais qui ne respecte pas la ROSP se fait taper sur les doigts et ça n'est pas juste. »

MT11 : « J'en pense que ça n'est pas bien parce que ce sont des trucs où on ne sait pas d'où sortent les chiffres, tout ce qui est déclaratif tu peux mettre ce que tu veux ils s'en fichent. Ensuite, tout ce qui n'est pas déclaratif ils te mettent des chiffres, tu ne sais pas d'où ça sort et il y a des indicateurs, comme moi je sais que pour le ROR, ils me disaient que les enfants de ma patientèle n'avaient pas tous eu le ROR et franchement c'est quasiment impossible car je suis très à cheval là-dessus. Donc il y a quand même des chiffres qui sont assez discutables, et je ne sais pas comment ils savent si ça a été fait ou pas fait. Je trouve cela très bizarre, il y a un manque de transparence et des chiffres qui sont pour moi très discutables. »

Indécis

MT6 adopte une position contradictoire concernant la rémunération de la ROSP. MT6 explique que la rémunération de la ROSP est un principe choquant mais que cette rémunération devient importante, et que c'est une bonne chose.

MT6 : « Ça devient relativement important, parce que je suis installée depuis longtemps et que j'ai une patientèle plutôt importante, je trouve que c'est plutôt une bonne chose. »[...]« Je comprends les indicateurs, ils ne me choquent pas. Ce qui est choquant c'est la rémunération, je suis choquée par le principe. »

2. Source d'aide à l'investissement ?

D'aucune aide à l'investissement

Est-ce que l'argent généré par la ROSP est une aide à l'investissement ? Une majorité écrasante des médecins ont répondu négativement. L'argent de la ROSP ne serait pas un moyen d'investir selon neuf des douze médecins interrogés.

MT2 : « Aucunement, parce qu'encore une fois je n'ai pas pu anticiper à combien ça serait chiffré, je me suis basé sur mon activité à l'acte pour faire mon plan de développement du cabinet. »

MT3 : « Non. J'aurai eu le même matériel avec ou sans ROSP. Si jamais la ROSP disparaît demain je travaillerai pareil avec les mêmes outils. »

MT8 : « Pas beaucoup, moi je ne pense pas que ça soit un encouragement à faire ces dépenses-là, je n'ai pas fait ces dépenses pour toucher la rémunération, je les ferai sans doute même si je ne touchais pas la rémunération. C'est quand même appréciable d'avoir un soutien là-dessus. »

MT11 : « Non, au début je voulais refuser mais je n'ai pas pu refuser en 2011 parce que j'étais en congé maternité quand c'est sorti et j'ai raté le moment où l'on pouvait refuser au début. Après j'en ai discuté avec mes collègues du cabinet qui m'ont dit « si tu peux avoir des sous, prends les sous ». Donc j'en suis restée là, je jette un coup d'œil de temps en temps à la fin de l'année et je trouve toujours ça assez scandaleux. »

MT12 : « Ça n'a pas amélioré, ça n'a pas changé quoi que ce soit. »

Aide à l'investissement

Seul deux médecins ont réussi à investir grâce à la rémunération de la ROSP.

MT7 : « En partie grâce à la ROSP, c'est surtout grâce aux dépassements d'honoraires que l'on fait, j'ai pu m'équiper en matériel un peu plus coûteux, par exemple l'année dernière j'ai acheté un ECG à 3000 euros. »

MT10 : « Je fais des dépenses supplémentaires en matériel informatique, des dépenses supplémentaires en ouvrage de lecture, surtout axées à l'information. Des dépenses en matière d'accès à l'information et à la connaissance. »

3. Quel serait le système de rémunération le plus adapté à la médecine générale ?

Revalorisation de l'acte

Une majorité de médecins sont pour l'augmentation de la consultation, que l'acte soit revalorisé. Sept médecins ont émis ce souhait d'augmentation.

MT1 : « *Je pense que ça reste quand même le prix de la consultation et de valoriser la consultation.* » [...] « *Il faudrait augmenter le prix de la consultation et que tout soit inclus.* »

MT4 : « *Pour moi, c'est la revalorisation de l'acte.* »

MT5 : « *En général, je trouve qu'on n'a pas assez de leviers d'adaptation de la cotation de la consultation parce qu'on sait très bien qu'on a des consultations qui vont être rapides, et finalement les 26,50 euros sont justifiés et puis on gère une situation simple. Mais d'autre part, il y a des consultations qui sont plus complexes, ça arrive plusieurs fois par jour à être pendant plus de 30 minutes avec un patient et qu'on doit gérer plein de chose parce que c'est justifié et en fait on a aucun moyen de coter plus cette consultation.* »

MT6 : « *Un prix de l'acte du marché européen.* »

MT7 : « *Nous en tant que médecin généraliste on préfère une revalorisation de la consultation plutôt que de compter sur des forfaits.* » [...] « *Pour moi, qui serait le plus adapté ce serait un système comme ça se passe en Suisse, ce serait par exemple qu'il y ait une cotation et un versement en fonction de ce que le praticien apporte au patient. Le médecin fait un examen*

clinique, c'est tant et tant, le médecin fait un courrier pour le spécialiste c'est tant et tant, en plus le médecin répond au téléphone pour un patient c'est tant et tant, chaque chose que le médecin fait c'est payé, donc ça permettrait à celui qui passe plus de temps d'être payé plus et ceux qui font de la médecine low-cost à 5 min par patient d'être payé moins. »

MT11 : *« Je pense que l'on devrait avoir des consultations mieux payées et supprimer la ROSP. »*

[...] « Je suis quand même plus pour qu'on soit valorisé dans notre acte, qu'on valorise notre travail de médecin généraliste effectivement, parce que ça nous permet de nous démarquer de ceux qui font de la médecine aiguë. »

MT12 : *« Une augmentation du tarif de la consultation et surtout des visites. Une tarification à l'acte. »*

Revalorisation de l'acte mais favorable à la rémunération de la ROSP

Certains médecins ont émis le souhait de la revalorisation de l'acte tout en gardant la rémunération de la ROSP.

MT2 : *« Un mixte entre paiement à l'acte et paiement à la capitation sans tomber dans le tout à la capitation parce qu'encore une fois on aurait intérêt à avoir des énormes patientèles sans avoir à voir les patients pour toucher l'argent, ce que je ne trouve pas acceptable. Il faut quand même garder une part à l'acte pour valoriser le fait que de temps en temps on travaille plus sur certaines journées et il y en a d'autres plus creuses. Pour moi, qui suis quelqu'un qui travaille assez vite, je trouve ça important que ça soit valoriser. »*

MT3 : « *Je pense qu'il faut une rémunération à l'acte quand même, après qu'il y ait un peu de capitation comme ça c'est pas mal. Le fonctionnement d'une partie forfaitaire et une partie à l'acte, je pense qu'il faut le garder parce que si les gens ne payent plus rien ça va encore perdre de la valeur. Par contre il faudrait augmenter les honoraires, on pourrait les doubler.* »

MT9 : « *La consultation à 50 euros.* » [...] « *Augmenter la consultation, et cela permet d'être plus respecté par le patient.* » [...] « *On n'est pas assez payé, la consultation doit être revalorisée.* » [...] « *La ROSP est utile, il ne faut pas supprimer la ROSP, la ROSP je suis tout à fait d'accord pour qu'elle continue comme ça.* » [...] « *La ROSP reste parce que c'est quelque chose d'utile.* »

MT10 : « *Après que la ROSP constitue une rémunération dite complémentaire dans le cadre d'une performance à prescription, un système de prime à la bonne pratique ça ne me dérangerait pas, mais je pense qu'il faut surtout appuyer sur la valeur de la consultation de base.* »

Favorable à la rémunération de la ROSP

Seul MT8 n'évoque pas la question de la revalorisation de l'acte, il émet qu'il est totalement pour la rémunération de la ROSP.

MT8 : « *Je pense que la ROSP, dans le sens où c'est une rémunération qui n'est pas à l'acte et qui rémunère l'organisation, on parlait des syndicats tout à l'heure, moi c'est quelque chose que mon syndicat défend et dans lequel je m'inscris que d'être rémunéré pour une typologie de patientèle, je pense que ça a vraiment du sens. Les objectifs cliniques j'y crois un peu moins, mais sur certains enjeux pourquoi pas. Ça serait plus pour favoriser la qualité des prises en*

charge, la qualité des locaux, favoriser aussi le fait de suivre pas mal de patient, de suivre des patients ALD, précaires, âgés, toute cette prise en charge où en fait ça implique beaucoup de temps en dehors des consultations et donc c'est un mode rémunération qui permet de valoriser cela. » [...] « Je serai plus pour une rémunération sur la typologie de la patientèle et comme je disais sur les pratiques, pourquoi pas, on peut être, en étant un peu plus fin, dans nos applications sur certains objectifs très précis. »

G. Avis concernant le Forfait Patientèle Médecin Traitant FPMT

Valorisation du suivi des patients

Le forfait patientèle médecin traitant est apprécié par les médecins notamment dans le fait de valoriser le suivi des patients au long cours et le temps de travail passé à côté des consultations.

MT1 : *« Autant le forfait médecin traitant valorise le fait de suivre les patients, de faire des choses en dehors d'une consultation, autant la ROSP je ne vois pas trop son utilité. » [...] « Le forfait médecin traitant je trouve que ça a un certain sens parce qu'effectivement les patients prennent du temps même quand tu ne les vois pas en consultation devant toi. »*

MT4 : *« Pour le forfait médecin traitant parce que ça valorise quand même le fait que l'on ait une patientèle avec le suivi qui s'impose. » [...] « Le forfait médecin traitant, parce que la tenue des dossiers c'est quand même beaucoup de travail donc c'est vrai que ceux qui ont une patientèle conséquente ça fait du travail administratif. Je trouve que c'est logique que ça soit rémunéré. »*

MT8 : « Ça permet d'encourager les médecins à prendre dans leur patientèle ces patients-là. C'est plutôt le forfait médecin traitant, le forfait structure, c'est plutôt ce côté qui me plaît. »

Majoration du forfait médecin traitant

Deux médecins, MT7 et MT8, abordent l'augmentation du forfait médecin traitant. MT7 précise également de réévaluer le forfait médecin traitant. MT8 quant à lui est favorable à la rémunération de la ROSP, la seule chose qu'il souhaite revaloriser est le forfait médecin traitant.

MT7 : « Par contre le forfait médecin traitant, celui-là je suis plus pour le majorer. » [...] « Le forfait médecin traitant devrait être mieux calculé, et peut-être réévalué. Moi j'ai une patientèle jeune, les collègues qui ont beaucoup plus de patients âgés, en ALD, devraient gagner plus que moi. »

MT8 : « Je pense qu'effectivement ça serait de développer la rémunération de la patientèle et d'en augmenter nettement le montant, je pense qu'on peut augmenter la part de rémunération qui repose là-dessus. »

H. Éléments d'amélioration de la ROSP

1. Améliorations qui peuvent être ajoutées à la ROSP

Changement des indicateurs

Des médecins souhaitent des changements d'indicateurs dans la ROSP.

MT1 : « On peut prendre exemple avec l'hypertension et dire qu'il vaut mieux mettre telle molécule plutôt qu'une autre parce que ça coûte moins cher et qu'il y a moins d'effet secondaire. »

MT6 : *« Changer les indicateurs, parce que les indicateurs sont les mêmes depuis longtemps, donc à un moment donné on plafonne dans notre potentialité. L'indicateur du cancer du sein j'essaye de l'augmenter mais je n'y arrive pas, le cancer colorectal je n'y arrive pas non plus ainsi que le col. J'ai une activité, j'ai beau essayé, je n'arrive pas à augmenter. Ces trois marqueurs : cancer du sein, col, colorectal, j'ai l'impression d'être hyper investie à chaque consultation, mes internes sont briefés ainsi que les remplaçants, je ne peux pas faire plus. A un moment donné le français il fait ou il ne fait pas. Je ne peux qu'essayer d'inciter les gens, il faudrait que ces indicateurs bougent. »*

MT7 : *« Au niveau informatique, il faut se mettre à la page c'est sûr, mais il y a certains médecins qui ne sont pas du tout à l'aise avec ça donc on ne peut pas les pénaliser non plus. Je pense qu'il y a beaucoup de choses punitives qu'il faudrait enlever et vraiment axer sur le dépistage et prévention. »*

Amélioration du recueil des données

Deux médecins expriment une volonté d'une amélioration de recueil des données, et une meilleure communication des chiffres.

MT1 : *« Déjà qu'on puisse voir clairement nos chiffres et le détail des chiffres pour qu'on puisse potentiellement les contester ou voir s'il y a des choses qu'on puisse améliorer. » [...] « Par exemple avec les mammographies, il devrait y avoir la liste des patients avec leur nom et voir les patients qui ont fait la mammographie et montrer le pourcentage de patients qui ne l'ont pas fait. Au moins tu peux vérifier dans le dossier et potentiellement recontacter ceux qui n'ont pas fait de mammographie. »*

MT2 : « *La première chose que je verrai c'est vraiment qu'ils automatisent un certain nombre de mise en relation des données qu'ils savent collecter et qu'ils ont, mais qu'ils n'utilisent pas et qu'ils nous demandent de déclarer.* »

Autres modifications

Plusieurs autres modifications ont été proposées notamment l'ajout d'un item pour l'accueil des médecins débutants et un suivi de diagnostic sur les maladies psychiatriques, cité par MT10 : « *Ça a une valeur aussi et que je pense qu'en matière de ROSP on peut aussi trouver un item quant au temps passé et quant au temps consacré à la formation et à la communication entre les générations dans le cadre de la formation des jeunes internes. Ça serait rajouté quelque chose comme accueillir des médecins débutants* » [...] « *Les actes de suivi de diagnostic de l'ensemble des affections psychiatriques, ça c'est aujourd'hui primordial à mon sens.* »

La création de forfait nouveaux installés a également été évoqué par MT2 : « *Il y aurait vraiment un coup de boost à faire pour les installations des jeunes médecins. Ils pourraient mettre en place un forfait jeunes installés plus intéressant que celui qui existe actuellement et un accès aux aides qui serait plus facile parce qu'aujourd'hui c'est vraiment un dossier énorme à remplir avec aucune garantie d'avoir une réponse positive.* »

MT4 aborde le sujet des génériques, son souhait serait de les retirer : « *Ce qui est à retirer pour moi ce sont les prescriptions génériques, les biosimilaires, etc...là je ne vois vraiment pas l'intérêt.* »

Aucune modification

Deux médecins, MT9 et MT11 évoquent qu'aucunes modifications n'est attendues. Les deux médecins ont deux visions totalement opposées de la ROSP, MT11 ne souhaite aucune modification car son souhait est la suppression de la ROSP tandis que MT9 n'en souhaite pas car il est satisfait de celle-ci.

MT9 : « *Je leur laisse libre court de faire ce qu'ils veulent. »*

MT11 : « *Je n'ai pas d'améliorations à proposer. En fait, on nous a appris à bien travailler, on nous a appris des choses donc je trouve ça ridicule que l'on nous donne un bon point comme à l'école et j'ai une bonne note parce que j'ai bien travaillé. Mais moi ça n'est pas ça que je recherche. Je ne cherche pas en financier, je travaille bien pour la santé des gens, c'est normal que je gagne ma vie mais je trouve que c'est une récompense financière qui est très infantilisante. C'est un système que je n'aime pas, je n'aime pas être infantilisée. »*

2. Autres améliorations hors ROSP

D'autres améliorations, en ce qui concerne le parcours des médecins généralistes, ont été évoquées par MT1 lors des entretiens. En effet, MT1 émet l'idée d'une augmentation des heures de formation ainsi qu'une meilleure communication d'informations sur l'installation durant l'internat.

MT1 : « *Peut-être que si on payait plus d'heures de formation par an, ça aurait plus d'effet logique et d'impact sur les médecins que la ROSP. Les médecins ont droit à 21 heures de formation par an, ça n'est pas assez et ce n'est rien du tout. S'ils pouvaient augmenter les formations au lieu de donner l'argent de la ROSP et que tu peux faire un nombre plus élevé de formations, cela permettrait de nous former de manière continue et donc d'être meilleur dans tes prescriptions. » [...] « Ce qui serait bien également, c'est d'être informé durant nos études car toute la partie forfait, forfait médecin, forfait structure, la ROSP..., tu apprends ça seulement quand tu es installé. Il faudrait être plus informé, peut-être pendant notre internat. Il pourrait faire un module sur la médecine générale pratique, ce qu'il y a à gérer au cabinet, ce qu'il y a comme type de rémunération. Je pense que c'est important. La ROSP, ce n'est pas une grosse somme mais le tout cumulé ça fait une grosse somme. C'est important de le savoir et de le prendre en compte avant de s'installer. »*

Les entretiens menés révèlent que la ROSP suscite de multiples interrogations parmi les médecins généralistes. Notre analyse portera sur ces interrogations et explorera les perspectives d'évolution de ce dispositif.

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats de l'étude et comparaison avec la littérature existante

L'objectif principal de cette étude était d'étudier la pratique des médecins généralistes concernant la ROSP.

Notre étude montre que le bénéfice financier est au premier plan quand il s'agit de donner son point de vue concernant la ROSP. Les médecins ne ressentent pas d'impact réel de la ROSP sur leur prise en charge.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de comprendre quels sont les ressentis des médecins vis-à-vis de la ROSP mais également de connaître leur avis concernant les indicateurs en place.

Notre étude montre une tendance à l'opposition et un souhait de suppression de la ROSP, avis qui s'explique par différents facteurs tels que la contestation des chiffres de la ROSP qui sont souvent des données non-vérifiables. Les médecins évoquent également des indicateurs peu pertinents. Certains médecins interrogés pensent également que la raison du choix des indicateurs est purement économique.

1. Des opinions mitigées sur la ROSP

L'idée qui est prédominante sur ce travail de thèse est une plus grande part d'opposition à la ROSP. Même les médecins favorables à la ROSP trouvent certains défauts à corriger, essentiellement concernant le choix et le recueil des indicateurs.

On retrouve cette part prédominante d'oppositions à la ROSP dans les conclusions de la majorité des études qui ont traité ce sujet. Pour *Dr Lefèvre*, les médecins ne constatent que peu de changements dans leur pratique dans un but annoncé d'amélioration des pratiques. (30)

La notion de non-fiabilité des méthodes de recueil des données est également retrouvée chez *Dr Picard et al.* (31) L'idée que la ROSP soit une façon de salarier les médecins libéraux est également retrouvé chez *Dr Picard et al.*

Au cours d'un sondage réalisé en 2021 sur 214 médecins généralistes, des points intéressants sont mis en avant, qui vont dans le même sens que les résultats obtenus au cours de notre étude : (32)

- 83,3% des médecins interrogés pensent que la ROSP est uniquement un complément de revenus compensant le blocage du tarif de la consultation. Selon quelques médecins interrogés au cours de notre étude, cette ROSP serait également un moyen de ne pas majorer convenablement le tarif de la consultation.
- 75,8% pensent que la ROSP est incompréhensible.
- 86,4% pensent que La ROSP est déconnectée de la réalité médicale.

Un autre sondage réalisé par le syndicat Les Généralistes-CSMF réalisé en 2019 sur plus de 500 médecins donne la conclusion suivante : « S'ils sont 25 % à penser qu'elle aide à changer leur pratique, 36 % souhaiteraient sa suppression, 41 % ne voient pas par quoi la remplacer et seuls 9 % voudraient qu'elle demeure en l'état. »(33)

Une notion qui est ressortie dans d'autres études de thèse est la notion de conflit d'intérêt.

En effet, cette notion revient dans les travaux des *Dr Lefèvre*, *Dr Andriantsehoanaharinala*, *Dr Coissac*, *Dr Merviel* et *Dr Picard*, *Dr Assémat*, et de *Dr Sourdet*. (6) (30) (34,35) (31)

Aucun des interrogés au cours de notre étude n'a évoqué l'éventualité d'un conflit d'intérêt.

La notion de conflit d'intérêt n'a pas été citée non plus par les médecins interrogés par *Dr Payerne* et *Dr Valat* au cours de leurs travaux sur la ROSP en 2017 ni les *Dr Soussain* et *Dr Bonnard*. (36) (37,38)

2. Des facteurs d'opposition à la ROSP plus importants que des facteurs d'adhésion

Lorsqu'il a fallu donner les forces et les faiblesses de la ROSP, les facteurs d'opposition évoqués étaient bien plus nombreux que les facteurs d'adhésion. (10 facteurs d'opposition contre 5 facteurs d'adhésion)

Les points d'opposition qui sont le plus revenu sont : la singularité du patient, les critères qui sont considérés comme non-pertinents et le manque de fiabilité du recueil des données. Le fait de se sentir contrôlé et infantilisé est revenu chez plusieurs interviewés.

La notion de manque de fiabilité des données est un point qui est revenu à plusieurs reprises pour différentes interrogations du guide d'entretien.

La notion d'opposition face à la ROSP revient assez fréquemment dans les autres travaux de thèse réalisés sur le sujet, où les médecins se sentent infantilisés comme rapporté par *Dr Lefèvre* et *Dr Assémat*. (30) (34)

Concernant les facteurs d'adhésion, d'après les médecins interrogés, la ROSP accentue l'importance de certains points dans la pratique comme le suivi, le dépistage et la prévention. Le facteur financier est incitatif selon certains médecins de l'étude.

Dr Lefèvre rapporte quant à lui des facteurs d'adhésion comme la revalorisation de certaines pratiques, mais légèrement différents sur le fait qu'il s'agisse d'un système non contraignant, laissant libre choix aux médecins de pratiquer comme ils le souhaitent.

Dr Picard et al rapportent qu'un des facteurs d'adhésion est le fait que la ROSP peut être un outil de comparaison avec les confrères. *Dr Picard et al* relève également que l'incitation est aussi financière. (31)

Nous distinguons deux idées bien différentes : les médecins qui ont refusé d'adhérer à la ROSP d'une part, et les médecins qui se disent opposants à la ROSP mais acceptent néanmoins la rémunération qu'elle rapporte d'autre part.

En 2012, selon Frederic van Roekeghem, directeur de l'UNCAM, « 97,2% des médecins généralistes avaient opté pour la convention et le nouveau mode de rémunération sur objectifs. Seulement 1700 d'entre eux ont, comme c'était leur droit, refusé d'adhérer au paiement à la performance ». (39)

En 2015, une enquête de la DREES indique que 5% des médecins interrogés déclarent avoir explicitement refusé la ROSP. (40)

MT11 avait évoqué le fait de refuser la ROSP, mais a fini par l'accepter pour son avantage financier.

Il n'existe à ce jour pas de chiffre plus récent sur le taux de médecins refusant cette ROSP.

3. Des indicateurs controversés

Le choix des indicateurs et leur recueil ont pris une part importante lors des entretiens. Les médecins interrogés voudraient un système moins opaque concernant le recueil des données et la possibilité de consulter le détail de ces dernières.

Les indicateurs sont perçus comme trop ciblés sur certaines pathologies, et ne semblent avoir, pour certains, aucun intérêt pour le patient. L'intérêt serait plutôt économique. La non-pertinence de certains indicateurs a été soulignée par plusieurs médecins.

Néanmoins, quelques indicateurs font l'unanimité : il s'agit des indicateurs sur le dépistage et la prévention. Ces indicateurs sont vus d'un regard positif, mais la dépendance du médecin vis-à-vis du patient peut être un frein à l'atteinte des objectifs.

En effet, le médecin peut inciter le patient à réaliser le dépistage, mais au final, le patient est libre de faire ce qu'il veut. Cette dépendance du bon vouloir du patient est épinglée par les syndicats de médecins. (33)

Pour *Dr Assémat*, la notion de compliance du patient afin d'atteindre les chiffres est un point également épinglé par les médecins interrogés. (34)

Un autre point important concerne les prescriptions. La prescription de génériques, de biosimilaires et de benzodiazépines est vue d'un mauvais œil par certains médecins interrogés. La surveillance de la prescription de benzodiazépine peut amener à sélectionner une patientèle qui ne consomme pas ces médicaments.

Le syndicat Les Généralistes-CSMF a interrogé en 2019 plus de 500 médecins sur ce qu'ils pensent de la ROSP. Les indicateurs sur la prescription de génériques ou biosimilaires sont vus comme une incitation à réduire les dépenses de santé plutôt qu'à améliorer la qualité des soins. (32)

Un point sur les médicaments biosimilaires : contrairement aux génériques, les biosimilaires ne sont pas des copies identiques de leur médicament de référence. Il s'agit d'une version très proche d'un médicament biologique de référence, offrant la même efficacité et sécurité, mais pouvant présenter de légères différences dues à sa nature biologique complexe. (41)

Le médicament biosimilaire présent dans les indicateurs de la ROSP est l'insuline glargine. Sa forme biosimilaire (commercialisée depuis janvier 2016) a été incluse dans la ROSP dès 2017. L'intérêt du biosimilaire est son coût moins élevé. Ce type de médicament est souvent initié au sein d'un milieu hospitalier et renouvelé par la médecine de ville. Un article de la DRESS de 2019 nous dit : « Pour chaque unité prescrite à l'hôpital et délivrée en ville, et pour chaque prescription en ville renouvelée à la suite de cette prescription hospitalière, une rémunération à hauteur de 20 % de la différence de prix entre le biosimilaire et le médicament biologique de

référence est versée ». (42) Les établissements de santé sont donc, eux aussi, incités à prescrire des médicaments biosimilaires.

La prescription d'un biosimilaire dépend donc plutôt de la prescription hospitalière que directement du médecin traitant.

A titre d'exemple, le biosimilaire de la Lantus est l'Abasaglar. *Dr Perroy-Le Bleis*, qui a effectué un bilan 5 ans après l'arrivée de l'Abasaglar sur le marché en France, rapporte que « l'Abasaglar est devenu le biosimilaire de référence en diabétologie, atteignant un taux de pénétration de 64% à l'hôpital et générant plus de 13 millions d'économies en ville depuis son lancement. »(43) Nous avons remarqué au cours de notre étude que les médecins sont attachés à leur liberté de prescription. Ils ne semblent pas accorder une grande importance aux critères de la ROSP quand il s'agit de leur prescription. Les biosimilaires ont été évoqués superficiellement sans grandes convictions, ce qui s'explique par le fait que leur introduction est réalisée plutôt en milieu hospitalier.

Les génériques sont aussi cités, les logiciels médicaux sont conçus pour faire apparaître le médicament sous forme générique, ce qui facilite la vie aux médecins et leur permet d'atteindre les objectifs sans réelle volonté de leur part.

4. Pas d'impact ressenti par les médecins sur les prises en charge

La majorité des médecins interrogés disent que la ROSP n'impacte pas leur prise en charge. Certains médecins avouent tout de même une certaine influence sur les pratiques, surtout après avoir consulté leur compte AmeliPro sur la ROSP ou encore la visite de la déléguée médicale de l'Assurance Maladie. Quelques pratiques ont été mises en place suite à la consultation des indicateurs de la ROSP comme le dépistage de la maladie rénale chronique

chez le diabétique et l'hypertendu. Le fait de pouvoir se jauger par rapport à ses confrères a été également retenu comme point positif par un médecin.

Pour *Dr Dunet*, qui a effectué sa thèse auprès de 280 médecins généralistes d'Angers en 2015, seulement 19 % des MG déclarent avoir modifié leur pratique médicale suite à l'instauration de la ROSP. (44)

Pour *Dr Chho*, 68 % des praticiens déclaraient avoir renforcé leur prise en charge de la prévention et 38 % avaient diminué leurs prescriptions d'un critère composite associant benzodiazépines, antibiotiques et vasodilatateurs. (29)

La Fédération des médecins de France a effectué un sondage auprès de 214 médecins généralistes en 2021 et le résultat est sans appel : 80,9% des médecins pensent que la ROSP n'améliore pas la qualité de prise en charge des patients. (32)

Une synthèse de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé en France relève que le taux d'atteinte global des objectifs pour les médecins généralistes est passé de 52,9% en 2012 à 68,3% en 2015. (45)

Il y a donc un problème de ressenti et de pratique réelle. La notion d'impact inconscient est à souligner ici. Les médecins disent en majorité ne pas avoir eu de changement de pratiques au cours de notre étude, mais le taux d'atteinte croissant entre 2012 et 2015 montre le contraire. Pouvons-nous affirmer que ce changement fait suite à la mise en place de la ROSP ? Ou est-ce simplement l'évolution selon la formation continue des médecins ?

5. Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : un dispositif apprécié

Le FPMT est une rémunération forfaitaire plutôt acceptée par les médecins interrogés. Ce forfait permet de valoriser le travail administratif et le suivi d'une patientèle. Il n'y a pas d'objectif à atteindre afin de toucher la rémunération. C'est donc une incitation à déclarer des patients en tant que médecin traitant, afin de percevoir plus d'argent. En effet, les patients faisant partie de la file active, et donc non déclarés comme patients médecin traitant, ne comptent pas dans le FPMT.

Pour *Dr Sourdet*, les médecins contactés ont majoritairement exprimé souhaiter une revalorisation des actes et du forfait patientèle médecin traitant, qu'ils estiment être une rémunération juste et valorisante. (35)

Ce forfait va être poursuivi avec plusieurs changements à partir de janvier 2026. Les détails de ces changements sont évoqués dans la partie Perspectives.

6. Un apport financier conséquent

La ROSP permet d'avoir un apport financier non négligeable. Le facteur financier de la ROSP est ce qui ressort en premier dans la plupart des entretiens. La question d'introduction des entretiens était la suivante : « Quel est votre point de vue concernant la Rémunération sur Objectif de Santé Publique ? »

La réponse à cette question était immédiate : l'apport financier de la ROSP. Cet apport a même été qualifié comme « un treizième mois » par un des médecins interrogés.

Un exemple intéressant est celui de MT6 : le médecin interrogé dit être contre le principe de rémunération sur objectif, mais considère que l'argent touché grâce à la ROSP est une bonne chose car il prend une part importante de sa rémunération générale.

Cet apport financier ne semble pas avoir eu un impact important sur d'éventuels investissements au sein des cabinets des médecins interrogés. Un médecin évoque avoir investi dans l'achat d'un ECG, un autre dans l'investissement de matériels informatiques. Les autres médecins rapportent que la ROSP n'est d'aucune aide à l'investissement.

Cette réponse est plutôt contradictoire car deux médecins évoquent un manque de matériel notamment de dépistage de test auditif chez les enfants. En effet, l'argent généré par la ROSP n'a pas aidé ces médecins à l'achat d'outils.

Une étude de Santé Publique rapporte un manque d'outil chez les MG, ce qui représente le principal obstacle au dépistage des troubles visuels et auditif. (46)

Ce manque d'investissement est retrouvé par Dr *Chho* qui n'obtient qu'entre 1 % et 7 % de modernisation grâce à la ROSP parmi l'ensemble des médecins qu'il a interrogés. (29)

Le gain financier perçu grâce à la ROSP est un point important. Pour Dr *Picard et al.* qui ont interrogé des médecins généralistes en 2016 : « La principale motivation évoquée par les médecins généralistes, est l'attrait financier de cette mesure. » (31)

Pour Dr *Picard et al.*, « la majeure partie des médecins reconnaissent avant tout une rémunération compensatoire. Pour ces derniers, cette rémunération est bienvenue dès lors qu'elle augmente les revenus des médecins (du fait de la stagnation du tarif de consultation), qu'elle apporte une réponse financière à l'augmentation du travail administratif. » (31)

Pour Dr *Lefèvre*, une idée qui est ressortie de son étude est le fait que la ROSP permet de « réguler la pratique de certains médecins qui accumulent les actes ». (30)

La ROSP serait donc un moyen de récompenser le suivi plutôt que l'acte.

7. Changement des indicateurs et amélioration du recueil des données

Plusieurs idées d'indicateurs ont été données : inclure des indicateurs sur le suivi des maladies psychiatriques, retirer les indicateurs de prescriptions des génériques et biosimilaires, créations de forfait pour les nouveaux médecins installés, ajouter un item pour l'accueil des médecins débutants au sein de cabinets de groupes.

Les médecins interrogés émettent un souhait d'amélioration du recueil des données et la possibilité d'avoir un accès détaillé à ces données. Cette notion de manque de fiabilité du recueil des données est retrouvée par *Dr Picard et al. (31)*

Concernant le souhait de création d'un forfait pour les médecins nouvellement installés, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a déjà mis en place différentes aides d'installation, essentiellement en zone où la densité médicale est faible. (47)

Il y a par exemple le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) : ce contrat offre une aide financière aux médecins qui s'installent dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) définie par l'ARS. L'aide forfaitaire est de 50 000 € pour une activité minimale de 4 jours par semaine et un engagement de 5 ans dans la zone concernée.

L'ARS participe également à la mise en place de mesures non financières pour faciliter l'installation des médecins, telles que la création de postes d'assistants médicaux pour libérer du temps médical. Ces assistants médicaux sont financés initialement par l'ARS.(48)

B. Validité intrinsèque

1. Forces de l'étude

L'objectif de cette étude était d'examiner la pratique des médecins généralistes concernant la ROSP.

Les objectifs secondaires sont de comprendre quels sont leurs ressentis vis-à-vis de la ROSP mais également de connaître leur avis concernant les indicateurs en place.

Pour aborder cette problématique, une approche qualitative basée sur des entretiens semi-structurés avec des médecins généralistes a été privilégiée.

La conception du guide d'entretien a été réalisée de telle sorte qu'elle puisse couvrir l'ensemble des hypothèses formulées initialement et permettre une exploration approfondie du sujet.

Les questions ont été élaborées de manière à encourager une expression libre des participants et à maintenir un cadre cohérent grâce à la structure du guide d'entretien.

Cette approche visait à recueillir des données riches et nuancées sur la perception et l'impact de la ROSP, tout en assurant une cohérence dans la collecte d'informations auprès des différents participants.

Les entretiens ont été réalisés en dehors des périodes de consultation, ce qui a permis de bonnes conditions de réponses, par les médecins qui ne se sont ainsi pas sentis pressés par leur activité en cours.

Les questions posées étaient variées, assez nombreuses pour rythmer l'entretien mais pas trop nombreuses pour ne pas lasser les médecins interrogés.

L'échantillon de médecins interrogés était assez varié, ce qui représente une qualité qui est recherchée en étude qualitative afin de permettre une exploration maximale du sujet abordé.

Toutes les catégories d'âge ainsi que les différents modes d'exercice, seul ou en association, ont également été représentés.

Après saturation des données, nous avons poursuivi les entretiens à 2 reprises. La saturation a été confirmée par l'absence de nouvelles notions et la validation des notions déjà existantes. Les biais d'analyses ont été réduits par triangulation avec double analyse systématique.

2. Faiblesses de l'étude

Il existe un biais d'échantillonnage : seuls les avis de médecins en exercice urbain ou semi-urbain ont été ici visés, les résultats seraient peut-être différents pour les médecins en activité rurale pure.

On peut également rajouter la présence d'un biais de sélection, puisque la majorité des médecins interrogés étaient des médecins rencontrés lors du parcours professionnel de l'auteur. Quelques médecins étaient interrogés suite à des recommandations de médecins interrogés par l'auteur.

Les deux tranches d'âge les plus représentées sont celles des 31-40 ans et la tranche des plus de 61 ans (8 médecins), ce qui est assez éloigné de l'âge moyen des médecins généralistes en France en 2023 qui est de 50 ans. (49)

Il existe aussi un biais lié à l'évaluation subjective de l'auteur, possiblement lié aux réactions de l'auteur. Cela peut orienter et biaiser les réponses du médecin interrogé. Pour aller à l'encontre de ce biais, l'auteur s'est tenu au maximum au guide d'entretien, en essayant de ne pas pousser sur certaines questions lorsque le médecin interrogé n'avait plus rien à dire.

Une faiblesse remarquée lors de l'analyse des entretiens : il aurait été intéressant de poser des questions sur la place du patient au sein de la ROSP. Cette partie n'a donc pas été abordée plus en profondeur, même si la notion de singularité des patients est ressortie à plusieurs reprises.

Un travail de thèse réalisé par *Dr Saint-Lary* en 2014 s'est penché sur l'avis des patients sur le paiement à la performance : « *L'avis des patients dans notre étude était très partagé. Une partie considérait effectivement que l'attribution d'une prime pourrait améliorer certaines pratiques, en particulier la prévention, le dépistage et le suivi de maladies chroniques, d'autres étaient fondamentalement hostiles à ce principe qu'ils estimaient aller à l'encontre des valeurs du soin. Très peu déclaraient avoir remarqué une modification de comportement de leur médecin depuis l'entrée en vigueur du dispositif.* ». (50)

N'ont pas été interrogés des médecins ayant refusé la ROSP, ce qui nous aurait apporté d'autres arguments intéressants.

Notons également un biais de désirabilité au sein de notre étude : le biais de désirabilité sociale correspond à une tendance psychologique qui pousse l'individu à se présenter sous un jour favorable lorsqu'il interagit avec d'autres personnes ou répond à des questions. (51)

Ce biais pousse l'individu à adopter des comportements que l'on pense être socialement acceptables ou appréciés, même si cela ne reflète pas nécessairement la réalité de nos pensées.

C. Perspectives

1. Disparition de la ROSP actuelle

L'Arrêté du 20 juin 2024 de la nouvelle convention médicale apporte des modifications sur le FPMT, qui seront effectives à partir du 1^{er} janvier 2026 : (52). Cela aura pour conséquence une disparition de la ROSP dans l'état actuel. Cette ROSP sera intégrée dans le Forfait Médecin Traitant (FMT).

Ce nouveau FMT devrait rapporter en moyenne 21 500 € par un médecin généraliste. (53)

Quelques majorations seront mises en place pour palier à la disparition de la ROSP :

- Majorations concernant les enfants : de 6€ à 15€.
- Majoration concernant les patients hors ALD de plus de 80 ans : de 42€ à 55€
- Apparition d'une tranche d'âge 75-79 ans hors ALD : 15€
- Majoration pour les patients ALD de plus de 80 ans : de 70 à 100€
- Majoration pour les patients ALD de moins de 80 ans : de 42 à 55€
- Concernant les patients bénéficiaires de la C2S, majoration de 10€ supplémentaire.

Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S
(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€
(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€
80 ans et plus	46 €	55 €	65€
75-79 ans	5 €	15 €	25€
7 à 74 ans	5 €	5 €	15€
Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€
<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€

Tableau 7 : Valorisation du forfait patientèle médecin traitant. (53)

Le forfait structure va lui aussi disparaître dans sa forme actuelle. Il sera remplacé par une « *dotation numérique* » DONUM composée d'indicateurs d'usage de services de télétransmission. (54)

2. Nouveaux indicateurs de la nouvelle ROSP

Cette nouvelle convention prévoit une refonte du FPMT en intégrant des indicateurs présents initialement dans la ROSP. Cette refonte débutera en janvier 2026.

En attendant la mise en place de cette nouvelle convention, « *La ROSP définit dans la convention médicale de 2016 reconduite par le règlement arbitral approuvé par arrêté du 28 avril 2023 est maintenue, de manière transitoire, jusqu'au 31/12/2025.* »(52)

Voici quelques indicateurs qui seront présents à partir de janvier 2026 :

- Vaccination :
 - o Contre la grippe ;
 - o Contre le COVID ;
 - o Contre le pneumocoque ;
 - o ROR ;
 - o Contre le méningocoque C ;
 - o Contre le HPV ;
- Dépistages :
 - o Cancer du sein ;
 - o Cancer du col de l'utérus ;
 - o Cancer colorectal ;
 - o Diabète par une glycémie à jeun ;
 - o Maladie rénale chronique.
- Suivi :
 - o Diabète : dosage de l'HbA1c
 - o Consultations obligatoires du nourrisson
 - o Examen bucco-dentaire annuel de 3 à 24 ans.

Les chiffres détaillés sont disponibles en Annexe 4.

3. Un avenir incertain

Les différents grands changements de la politique de santé en France ne permettent pas une projection assez lointaine sur l'évolution des modes de rémunération des médecins généralistes en France. En effet, il est difficile de prévoir l'impact réel de ce changement drastique sur les pratiques. Est-ce que les chiffres et les données seront plus transparents qu'actuellement ?

Les inquiétudes des médecins vont-elles diminuer ou au contraire augmenter ? Le choc d'attractivité tant recherché va-t-il être atteint ?

Seuls l'avenir et les différentes discussions entre Sécurité Sociale et Syndicats de médecins vont nous éclairer sur l'évolution au cours des prochaines années.

V. CONCLUSION

Depuis son instauration en janvier 2012, la ROSP a subi plusieurs changements au cours des différentes conventions. Elle a été accueillie avec réticence par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, les syndicats et les médecins généralistes. Malgré les fortes oppositions, la ROSP a été maintenue et renforcée.

L'objectif de notre étude était d'étudier la pratique des médecins généralistes concernant la ROSP. Contrairement à ce que l'Assurance Maladie affirme, les médecins ne ressentent pas d'impact réel de la ROSP sur leurs prises en charge.

L'aspect financier que cette rémunération apporte et le facteur essentiel retenu par les médecins généralistes, qui sont pourtant attachés au paiement à l'acte.

Notre étude montre également une tendance à l'opposition et un souhait de suppression de la ROSP. Cet avis extrême s'explique par différents facteurs tels que la contestation des chiffres rapportés qui sont souvent des données non vérifiables. Le choix essentiellement économique des indicateurs est mis en avant pour appuyer l'opposition face à cette mesure.

Certains indicateurs sont appréciés, il s'agit des indicateurs de prévention et de dépistage.

L'introduction de forfaits ouvre la porte à d'autres modes de rémunération. Le Forfait Patientèle Médecin Traitant est quant à lui un dispositif apprécié : il met en avant le suivi de pathologies chroniques.

La mise en place de la nouvelle convention débutera en janvier 2026. La ROSP va disparaître dans sa forme actuelle. Elle se fondera dans le nouveau Forfait Médecin Traitant. Un des axes majeurs de la nouvelle convention est de renforcer la prévention et d'améliorer la qualité des parcours de soins, en particulier pour les patients atteints de pathologies chroniques.

VU

Strasbourg, le 24 janvier 2025

Le président du jury de thèse

Professeur Pascal BILBAULT



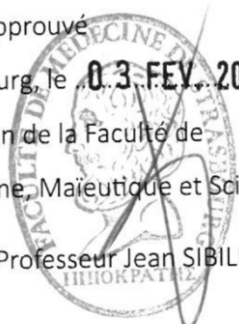
VU et approuvé

Strasbourg, le 03.FEV. 2025

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Science de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



ANNEXES

Annexe 1 - Indicateurs cliniques pour les médecins traitants, 2016 à 2022

	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	40,1%	40,2%	42,3%	43,9%	50,1%	49,4%	50,3%	0,8
	Vaccination antigrippale du sujet à risque	26,4%	26,7%	29,2%	31,3%	36,1%	33,2%	31,0%	-2,2
	Dépistage des cancers								
	Dépistage du cancer du sein	61,1%	59,9%	59,9%	60,2%	57,8%	58,3%	59,8%	1,5
	Dépistage du cancer du col	50,2%	49,8%	48,9%	47,8%	46,1%	45,7%	48,1%	2,4
	Dépistage du cancer colorectal	17,1%	23,7%	23,7%	24,5%	24,9%	28,8%	30,6%	1,8
	Iatrogénie médicamenteuse								
	Patient âgé sous psychotropes	3,0%	2,9%	2,9%	2,7%	2,7%	2,8%	2,9%	0,1
	Traitement par benzodiazépine hypnotique	39,7%	39,1%	41,9%	41,4%	43,4%	43,9%	43,8%	-0,1
	Traitement par benzodiazépine anxiolytique	13,1%	13,8%	14,0%	13,7%	14,7%	15,4%	14,9%	-0,6
	Antibiothérapie								
SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	26,7	24,2	23,6	21,6	15,4	14,2	15,7	1,5
	Antibiorésistance	37,6%	36,7%	35,4%	34,2%	33,4%	32,7%	32,8%	0,1
	Diabète								
	Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	71,1%	71,2%	72,4%	73,2%	70,5%	74,0%	74,9%	0,9
	Fond d'œil chez le diabétique	65,8%	62,2%	66,9%	70,1%	69,7%	71,0%	72,6%	1,6
	Dépistage maladie rénale chronique chez le diabétique	41,0%	41,8%	43,2%	44,9%	44,2%	43,7%	44,5%	0,7
	HTA								
	Dépistage maladie rénale chronique chez l'hypertendu	12,0%	12,3%	27,1%	28,0%	27,2%	27,8%	28,5%	0,7
	Risque cardio-vasculaire								
	Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	38,5%	38,2%	38,9%	39,4%	39,7%	41,9%	43,3%	1,4
OPTIMISATION ET EFFICACITE DES PRESCRIPTIONS	Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	63,1%	68,4%	74,8%	74,3%	74,1%	75,1%	75,5%	0,4
	Prescription dans le répertoire (ou bio-similaires)								
	Statine dans le répertoire des génériques	92,5%	92,6%	98,2%	97,3%	95,7%	94,0%	91,6%	-2,3
	Antihypertenseur dans le répertoire des génériques	85,7%	87,7%	92,6%	95,1%	92,9%	94,6%	96,1%	1,5
	Traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	44,4%	Indicateurs netralisés						
	Traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	71,1%							
	Autres traitements dans le répertoire des génériques	44,4%	62,1%	62,4%	65,2%	62,2%	61,4%	65,9%	4,5
	Biosimilaires de l'insuline glargine	0,3%	2,6%	6,4%	14,2%	21,5%	27,2%	33,1%	5,9
	Efficacité des prescriptions								
	Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons			36,0%	35,7%	35,6%	37,0%	36,6%	-0,3
	Traitement par ézétimibe			8,8%	9,9%	11,4%	13,6%	16,3%	2,7
	Traitement antiagrégant plaquettaire par aspirine	88,2%	89,0%	89,2%	89,5%	90,0%	90,5%	90,6%	0,0
	Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	87,5%	87,5%	87,7%	87,9%	88,2%	87,5%	85,5%	-2,0
	Hormonémies thyroïdiennes	78,0%	80,2%	82,6%	84,6%	85,8%	86,0%	86,3%	0,3

Décroissants

Déc.

Annexe 2 - ROSP médecin traitant de l'adulte

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥92%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	60.5%	≥75.6%	5 patients	30
		Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20.8%	≥58.6%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année – indicateur déclaratif	80%	≥95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG	9.9%	≥27.6%	5 patients	30
	Risque cardio-vasculaire	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scoring) en amont de la prescription de statines – indicateur déclaratif	80%	≥95%	5 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statine et AAP et IEC ou ARA2	38%	≥56%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥96%	5 patients	30
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥61%	5 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant u dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥74%	5 patients	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥65%	5 patients	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	≤3%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤30%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + ac. Clavulanique, C3G et C4G, fluoroquinolones)	52%	≤32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif	60%	≥75%	5 patients	20

		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif	60%	≥75%	5 patients	20
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥94%	10 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥90%	10 boîtes	45
		Part des patients de < 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS	38%	≤16.7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statines prescrites par le MT à ses patients MT	13.2%	≤3.8%	10 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥69%	10 boîtes	10
	Prescription biosimilaire	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥40%	10 boîtes	30
	Efficience de prescription	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par AAP	83%	≥92%	5 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76%	≥90%	5 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥99%	5 patients	45

Annexe 3 - ROSP médecin traitant de l'enfant

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti-leucotriènes	43%	≥70%	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	Part des patients MT dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an - déclaratif	80%	≥95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	75%	100%	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C	75%	100%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par C3G ou C4G parmi ceux traités par antibiotiques	52%	≤11%	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par C3G ou C4G parmi ceux traités par antibiotiques	31%	≤7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs – déclaratif	80%	≥95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté – déclaratif	80%	≥95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire	69%	≥83%	5 patients	35
TOTAL						305

Annexe 4 - Liste des indicateurs retenus pour le FPMT à partir de janvier 2026.

Thème	Indicateur	
Vaccination	Vaccination contre la grippe	Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1, à, 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.
	Vaccination contre le covid	Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 23 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.
	Vaccination contre le pneumocoque	Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20Valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (07/03/2024). Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.
	Vaccination ROR	Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu (au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24ème mois inclus.
	Vaccination contre le méningocoque C	Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et 12ème mois inclus.
	Vaccination contre le papillomavirus HPV	Parmi les enfants de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
Dépistage	Dépistage organisé du cancer du sein	Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins. Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui : • N'ont plus l'organe en question (antécédent de mastectomie totale bilatérale) • Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du sein, carcinome canalaire in situ) • Ont un autre motif d'exclusion : Mutation BRCA 1 ou 2 ; Hyperplasie atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois

		• Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus : • De 25 à 29 ans : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). • De 30 à 65 ans : par test HPVTHR sur prélèvement cervicoT utérin (un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins, ou deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du col de l'utérus celles qui : • N'ont plus l'organe en question (antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie) • Ont un antécédent (ald ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du col ou du corps de l'utérus) • Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité *Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus (< 30 ans). ** Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPVTHR réalisés entre 30 et 65 ans inclus (< 66 ans).
	Dépistage du cancer colorectal	Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins. Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui : • N'ont plus l'organe en question (antécédent de coloproctectomie totale) • Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du côlon, du rectum, ou de la jonction rectoT sigmoïdienne) • Ont un autre motif d'exclusion : MICI (antécédent d'ALD ou antécédent de séjour hospitalier) ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois • Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun	Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins. Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 3, 5, 13 et 19. Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8).
	Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire d'albumine /et de la créatinine depuis 1 an ou moins. Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27. Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).

Suivi	Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins. Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicament antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois.
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9 M24 M25	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8 ^e et 10 ^e mois inclus. Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22 ^e et 26 ^e mois inclus.
	Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

Annexe 5 - Guide d'entretien

- Quel est votre point de vue concernant la Rémunération sur objectif de santé publique ?
- Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?
- Citez-moi les premiers indicateurs de la ROSP qui vous viennent à l'esprit ? Que pensez-vous du choix de ces indicateurs ?
- Comment vous êtes-vous informé sur la ROSP ?
- Quelles sont les forces de la ROSP et ses limites ?
- D'après vous, quelle est l'impact de la ROSP sur la qualité de vos prises en charge ?
- Qui devrait être selon-vous le décideur des indicateurs de la ROSP ?
- Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à vos pratiques ?
- Concernant les critères sur lesquels vous avez des indicateurs bas, comment avez-vous prévu de modifier vos pratiques ?
- Dans les discussions avec vos confrères, quelle est l'opinion concernant la ROSP qui ressort le plus ?
- A votre avis, quel serait le système de rémunération qui vous paraîtrait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?
- Quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ?
- Dans quelles mesures pensez-vous que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?
- Y'a-t-il un thème que nous n'avons pas abordé et qui vous semble important ?

Annexe 6 - Retranscription des entretiens par ordre chronologique.

Retranscription MT1

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : C'est une rémunération sur objectif qui t'apporte une certaine somme d'argent mais qui n'est pas vérifiable. Souvent les chiffres que l'on constate sur les relevés sont parfois douteux. Le ressenti que le praticien a n'est pas le même annoncé par les chiffres.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Les docteurs sont plus au moins salariés de la Sécurité Sociale, et la Sécurité Sociale a mis ça en place pour que les praticiens soient plus au moins dans les crous. Cela incite à faire des dépistages, à utiliser des génériques, et que les médecins fassent en sorte qu'ils coûtent le moins cher possible à la société.

Q : La raison est purement économique ?

R : Oui

Q : Que penses-tu de ce type de rémunération là ?

R : Je pense qu'il faut enlever ce type de rémunération, qu'il ne faut pas laisser ça en place parce que ce n'est pas significatif, ni vérifiable. C'est opaque.

Q : Quelle est l'influence de cette ROSP sur la qualité des prises en charge ?

R : Aucune, parce que les dépistages, les mammographies, les tests ADECA, la vaccination des nourrissons, serait réalisé avec ou sans ROSP. Pour moi cela ne change rien.

Q : Les premiers indicateurs de la ROSP qui te viennent à l'esprit ?

R : La mammographie, le dépistage du cancer colorectal et le vaccin pour les nourrissons. Pour la mammographie, en ce moment, il y a des délais très longs pour prendre rendez-vous, cela a un impact sur le chiffre de mammographie. Le nombre de mammographies est à la baisse, alors que les femmes veulent faire leur mammographie, c'est juste qu'elles n'arrivent pas à avoir leur rendez-vous dans les 3 à 6 mois. Les indicateurs de mammographie descendent alors que ce n'est pas la faute du praticien.

Q : Que penses-tu du choix de ces indicateurs-là ?

R : Je pense que certains indicateurs sont importants. Par contre la part de générique est purement économique. Tu ne soignes pas mieux si tu mets des génériques ou si tu n'en mets pas. C'est une histoire d'argent. Les mammographies sont importantes ainsi que le dépistage du cancer colorectal, mais encore une fois ça ne dépend pas de toi.

Q : Comment es-tu informée sur les ROSP ? Comment tu reçois les informations ?

R : Je l'ai appris par hasard en m'installant, quand tu es interne tu ne sais pas que tu as des ROSP et des forfaits médecins traitants. Tu l'apprends sur le tas quand tu es installée. Tu as les délégués de l'Assurance Maladie qui viennent te voir pour te décrire les différents items et te dire comment le remplir.

Q : Sur les mises à jour, ou quand il y a des changements, comment tu es informée ?

R : Il y a les délégués de l'assurance maladie qui sont censés venir te parler des changements. Par exemple cette année, personne n'est venu.

Q : Si tu devais des forces et des limites de cette ROSP, qu'est-ce que tu mettrais du côté de la force de la ROSP ?

R : Les sommes de la ROSP ne sont pas faramineuses, il y en a qui ne regarde même pas et ne la déclare pas, certain ne veulent pas toucher l'argent de la ROSP. Les forces, c'est qu'il y a certains points auxquels il faut faire attention nota pratique. J'ai l'impression que tout le monde fait plus ou moins la même chose. Les limites sont que les chiffres ne sont pas du tout vérifiables. Il y a aussi le nombre d'INR fait dans l'année et le nombre d'hémoglobine glyquée, le nombre de patients diabète metformine. Les chiffres donnés ne peuvent pas être vérifiés.

Q : Du côté de la force, est-ce que tu trouves que ça valorise la prévention ?

R : Certains items oui, après d'autres c'est purement financier. Ça ne change pas ma pratique.

Q : Du côté des limites, parfois, certains parlent du contrôle sur les types de prescriptions, de conflit d'intérêt avec la Sécurité Sociale. Que penses-tu de cela ? Ça te cible des choses on ne sait pas trop pourquoi. Pourquoi ça et pas d'autre ?

R : Je ne pense pas qu'ils soient payés par des laboratoires pour nous donner tel et tel item, mais je pense que ce sont surtout des histoires d'argent.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de ta prise en charge ?

R : Je ne suis pas sûre qu'il y ait un impact, parce que je ferai les choses de la même manière si l'année prochaine la ROSP est supprimée. Je ne vais pas pour autant dire aux femmes de ne pas faire leur mammographie.

Q : C'est surtout par rapport au forfait structure que ça t'a apporté quelque chose ? sur les logiciels, le secrétariat ?

R : Ça fait toujours de l'argent en plus, mais ça n'est pas parce qu'on te donne cet argent que pour autant qu'on peut embaucher une secrétaire.

Q : Notamment le côté informatisation ? Vu qu'il y a des critères sur le fait d'être informatisé, d'avoir un logiciel et d'afficher ses horaires en ligne.

R : Tu es plus ou moins obligé car aujourd'hui qui n'est pas informatisé ? tout le monde a un logiciel en ligne. Ça n'a rien changé.

Q : Pareil pour le temps de prévention ? ça n'a pas modifié cela ?

R : Non

Q : Et sur les génériques, ce genre de choses ?

R : Non, et honnêtement je n'ai rien modifié pour rentrer dans les clous de la ROSP.

Q : Selon toi, qui devrait être le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : Il faudrait que ça soit un collège de médecins généralistes qui décident que tel ou tel acteur/ item soit important. Pour moi, il faudrait tout de même le supprimer. Autant le forfait médecin traitant valorise le fait de suivre les patients, de faire des choses en dehors d'une consultation, autant la ROSP je ne vois pas trop son utilité.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs qui sont très bas ou bas, comment as-tu prévu de modifier tes pratiques pour rentrer dedans ?

R : Par exemple, un patient ne supporte pas la metformine, tu ne vas pas lui dire de garder quand même ce traitement parce que sinon tu ne vas pas avoir la ROSP. Pour les antibiotiques c'est pareil, j'essaie de mettre les moins larges spectres possibles, mais qu'il y ait la ROSP ou non j'aurai fait la même chose. Ils ont inclus les critères de la ROSP dans un nouveau forfait médecin traitant.

Q : Donc c'est plus ou moins caché ?

R : Oui, c'est ça, en gros ils l'ont laissé.
Les hémoglobines glyquées, je le fais tous les trois mois avec ou sans ROSP.

Q : Tu ne penses pas que ces modifications soient possibles ?

R : Non.

Q : Dans des discussions avec des confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant cette ROSP ?

R : L'opinion générale est que personne n'en veut, et que tout le monde pourrait contester les chiffres.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Je pense que ça reste quand même le prix de la consultation et de valoriser la consultation. Le forfait médecin traitant je trouve que ça a un certain sens parce qu'effectivement les patients prennent du temps même quand tu ne les vois pas en consultation devant toi. Il faudrait augmenter le prix de la consultation et que tout soit inclus.

Q : Admettons que les ROSP doivent être gardées, quelles sont les améliorations qui peuvent être ajoutées à cette ROSP-là ?

R : Déjà qu'on puisse voir clairement nos chiffres et le détail des chiffres pour qu'on puisse potentiellement les contester ou voir s'il y a des choses qu'on puisse améliorer. Par exemple avec les mammographies, il devrait y avoir la liste des patients avec leur nom et voir les patients qui ont fait la mammographie et montrer le pourcentage de patients qui ne l'ont pas fait. Au moins tu peux vérifier dans le dossier et potentiellement recontacter ceux qui n'ont pas fait de mammographie.

Q : Selon qu'elle est la pertinence clinique et économique de cette ROSP ? est-ce que c'est quelque chose de pertinent ?

R : Non, ça ne me semble pas pertinent. Peut-être pour certains, mais honnêtement je ne pense pas que quelqu'un prescrive quelque chose parce que dans la ROSP il valait mieux prescrire ça. Tu le prescris parce que tu penses que c'est mieux pour le patient.

Q : Est-ce que tu penses qu'il y a des indicateurs qui pourraient être ajoutés qui soient bien ? ou l'inverse, des indicateurs qui devraient être supprimés ? un indicateur qui n'aurait pas de sens et le remplacer par un autre qui soit mieux.

R : Par exemple le diabète, c'est le taux d'utilisation de metformine, mais tu pourrais faire ça avec toutes les maladies. On peut prendre exemple avec l'hypertension et dire qu'il vaut mieux mettre telle molécule plutôt qu'une autre parce que ça coûte moins cher et qu'il y a moins d'effet secondaire. Mais ça me semble compliqué d'inclure tout.

Q : Certains parlent d'inclure le fait d'aller dans des déserts médicaux pour cette ROSP, où inclure les exercices mixtes, comme certains médecins qui font des soins non-programmés ou du SOS. Inclure tout ça dans la pratique, ça te semble être une bonne chose ?

R : Non, la rémunération sur objectif c'est plutôt une qualité de soin, que tu suives bien les recommandations.

Q : C'est plutôt pour le côté santé publique, ça pourrait inciter ou non ?

R : Ça ne changerait pas grand-chose. Si on te donne 500 euros par an parce que tu vas faire du centre de soin non-programmés, tu n'y iras pas plus ou alors il faudrait de grosse somme mais ça ne sera jamais le cas.

Q : Certains parlent d'ajouter des rémunérations pour les temps de lecture, des biologies, pour tout ce qui est administratif en plus.

R : C'est le forfait médecin traitant, pour moi ça inclut le temps que tu passes avec le patient sans consultation et donc pas rémunéré.

Q : Donc le forfait médecin traitant c'est quelque chose de bien malgré tout le reste ?

R : Je trouve qu'il y a une certaine logique, et que tu sais que tu as tant de patients et que tu touches tant et tant... c'est à peu près logique.

Q : Le forfait structure, ce qui est donné, cela te semble bien, pas assez ?

R : Tout ce qu'on te donne c'est bien, mais le mieux c'est qu'il n'y ait aucun forfait et faire une consultation à un prix qui te permet de tout inclure. Parce que le forfait d'une année à l'autre il change, donc si une année tu touches 10 000 euros de forfait structure, l'année d'après tu peux toucher 2 000 euros. Sauf que ton cabinet coûte le même prix, ton ordi pareil. Tu ne sais jamais l'année d'après combien tu vas toucher et pour la ROSP c'est pareil.

Q : Le fait de pouvoir quoter les streptatest, le fait de faire de l'éducation nutritionnelle, la vaccination Gardasil, ce genre de chose qui ne sont pas ajoutées, ça te semble bien ?

R : Ce n'est pas logique, le pharmacien fait un streptatest, il prend de l'argent, le test ADECA, on le donne gratuitement pendant la consultation et les pharmaciens le font payer. Quand on fait un vaccin, on ne le fait pas payer, le pharmacien le fait payer. Il n'y pas de logiques.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment de nos décisions médicales ?

R : Je suis pour le dépistage, mais peut-être que d'autres médecins n'y pensent pas forcément et ne le disent pas à leur patient, alors qu'avec la ROSP et que le médecin voit leur chiffre très bas, le médecin va plus en parler. Certains qui ne le font pas spontanément, il y a peut-être un effet sur eux.

Q : Est-ce qu'il y a un thème important qui n'a pas été abordé et qui te semble important ? Quelque chose que tu pourrais rajouter ?

R : Je pense que ce n'est pas un bon moyen de nous inciter à faire des choses, peut-être que si on payait plus d'heures de formation par an, ça aurait plus d'effet logique et d'impact sur les médecins que la ROSP. Les médecins ont droit à 21 heures de formation par an, ça n'est pas assez et ce n'est rien du tout. S'ils pouvaient augmenter les formations au lieu de donner l'argent de la ROSP et que tu peux faire un nombre plus élevé de formations, cela permettrait de nous former de manière continue et donc d'être meilleur dans tes prescriptions.

Exemple, si le patient ne reste pas sous metformine, c'est que généralement il ne l'a pas toléré et l'on n'y peut rien. Tu as essayé, il ne tolère pas et tu lui as enlevé. C'est comme le test ADECA, je propose à tout le monde le test, après s'ils ne le font pas le praticien n'y peut rien. Le relevé des informations n'est pas pertinent.

Ce qui serait bien également, c'est d'être informé durant nos études car toute la partie forfait, forfait médecin, forfait structure, la ROSP..., tu apprends ça seulement quand tu es installé. Il faudrait être plus informé, peut-être pendant notre internat. Il pourrait faire un module sur la médecine générale pratique, ce qu'il y a à gérer au cabinet, ce qu'il y a comme type de rémunération. Je pense que c'est important. La ROSP, ce n'est pas une grosse somme mais le tout cumulé ça fait une grosse somme. C'est important de le savoir et de le prendre en compte avant de s'installer.

C'est important de faire des mammographies, de faire des ADECA, de vacciner les enfants, de débiter par la metformine quand tu as du diabète.

Il y a aussi l'impact des autres professionnels qui prescrivent eux aussi des choses. Par exemple avec les anxiolytiques, si les patients vont voir un psychologue et qu'il prescrit du Lexomil ou du Stilnox c'est noté dans tes prescriptions à toi. Alors que le médecin n'a jamais prescrit ça et qu'il n'y est pour rien.

Q : Il y a d'autres spécialistes qui te viennent en tête qui pourraient avoir un impact ?

Par exemple pour la metformine, si le patient va voir un endocrinologue et qu'il prescrit autre chose que de la metformine, le médecin traitant n'y peut rien. Ça centralise tout ce que le patient a comme prescription dont tu n'es pas forcément l'auteur. Là où c'est flagrant c'est pour les hypnotiques parce que moi je n'initie jamais de Stilnox ou Imovane. Des fois en voyant le rapport trimestriel je m'aperçois d'un PIC sans en avoir prescrit 0. C'est opaque, tu ne peux pas vraiment vérifier.

Retranscription MT2

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : La ROSP part d'une bonne idée pour ne pas rémunérer qu'à l'acte les médecins généralistes pour assurer un suivi sur le long terme d'une population. Le gros problème que l'on a, c'est que l'on est une entreprise libérale en tant que médecin libéral installé et qu'on a besoin de savoir anticiper les chiffres que l'on va recevoir pour savoir ou non si l'on peut engager du personnel, quel frais on peut engager et la ROSP change chaque année, c'est difficile d'anticiper ce que l'on va percevoir et donc de faire un business plan. C'est la critique majeure que j'aurai à faire contre la ROSP. Après effectivement, ça fait un beau treizième mois, ça valorise le suivi, c'est quelque chose de positif pour moi plutôt que les gens qui font du one shot, qui vont faire que de l'acte sans faire de suivi chronique.

Q : Selon toi qu'est-ce qui explique l'existence de cette ROSP ?

R : C'est une volonté politique de diminuer les dépenses de santé avant tout, de ne pas favoriser les gens qui vont faire 70 actes par jour, parce qu'ils ont bien conscience que ça n'est pas une très bonne médecine, mais de favoriser les suivis au long cours des gens chroniques qui coûtent chers à la société et qui vont être hospitalisés plus fréquemment s'ils ne sont pas bien suivis en ville. Donc l'idée c'est de forfaitiser sur certains profils de patients pour valoriser financièrement les médecins qui font des suivis au long cours et pour éviter un surcoût lié aux hospitalisations.

Q : Quelle est l'influence de la ROSP sur ta pratique de tous les jours ?

R : A mon niveau, j'aurai tendance à dire que je vais quand même aller regarder s'il y a des volets intéressants à remplir, typiquement pour les patients en ALD ils ont créé un forfait pour remplir le volet de synthèse médical dans le DMP. Donc ce que j'ai pu faire, c'était rapide à faire et c'était valoriser de pas loin de 2000 euros sur l'année. Après par rapport aux autres indicateurs notamment la dématérialisation, les feuilles de soins électroniques, les arrêts de travail comment on les fait, comment on est prescripteur de telle chose, les génériques, c'est quelque chose qui est compliqué à suivre pour nous-même. La Sécurité Sociale a tous les chiffres et nous demande quand même de remplir un certain nombre d'indicateurs. Par exemple, pour les patients en ALD il faut qu'on leur dise combien on en suit alors que la Sécurité Sociale le sait très bien. Il y a un côté déclaratif et notamment pour les patients diabétiques, je ne saurais pas dire au chiffre près combien j'en suis, la Sécurité Sociale le sait très bien parce qu'elle sait ce que je prescris mais elle me demande quand même d'estimer combien j'ai de patients diabétiques.

Q : Quels sont les premiers indicateurs qui te viennent en tête concernant la ROSP ?

R : Le premier et le plus gros c'est le forfait patientèle-médecin traitant, donc on touche une certaine somme une fois par an. Je ne sais plus les sommes pour une personne non ALD et pour une ALD c'est beaucoup plus. Alors moi j'ai un cas particulier, je suis installé depuis un an, j'ai eu ma première ROSP en 2024 pour 2023, et donc après quand ça se met sur le long terme on perçoit tous les trimestres, donc c'est un peu différent. Mais le premier auquel on pense c'est vraiment le forfait patientèle-médecin traitant.

Q : Qu'est-ce que tu penses des indicateurs de la ROSP ?

R : Il y en a qui sont pertinents, typiquement l'indicateur de prescription des génériques, après c'est un poil hypocrite parce que non-substituable n'est plus accepté en théorie et les quelques rares cas où c'est vraiment non-substituable pour une contre-indication formelle ça se compte sur les doigts d'une main, donc c'est plus du choix du pharmacien que du médecin qui prescrit. Cet indicateur je ne le trouve pas forcément très pertinent même si dans l'idée ça coûte moins cher de prescrire un générique. Il y a également la télétransmission, j'ai un statut un peu particulier d'associé au centre de soin non programmé de Mulhouse, où on facture au moment des actes que je ne fais pas, on délègue à beaucoup de remplaçants des actes, typiquement les arrêts de travail, eux ne peuvent pas télétransmettre parce qu'ils n'ont pas ma CPS et donc dans mon indicateur je suis à la ramasse et c'est une des demandes de la Sécurité Sociale c'est que l'on change ça, parce qu'au cabinet on télétransmet tout, au CSNP c'est en papier donc ça demande à la Sécurité Sociale de tout traiter manuellement. Ça impacte considérablement, donc moi je ne touche pas ces rémunérations-là parce que j'ai cette activité mixte. Par exemple, l'activité de téléconsultation n'est pas censée dépasser 20% vu que mes actes sont noyés avec ceux du CSNP, je ne dépasse jamais 20% alors que je pourrais en faire plus. Le problème vient du fait que j'ai 3 numéros Améli, 2 pour ce cabinet et 1 pour le CNSP, la Sécurité Sociale ne fait pas la différence entre mes lieux d'exercice et les prescriptions que je fais.

Q : Comment tu t'informes sur cette ROSP ? quelles sont tes sources d'information ?

R : Avant tout c'est Améli Pro, parce qu'on a quand même des notifications comme quoi il faut aller remplir tel papier, tel indicateur et il y a le délégué de la Sécurité Sociale qui vient nous aider à le remplir parce que tout n'est pas forcément logique. Il intervient une fois par an, généralement en fin d'année parce qu'ils nous disent la période de saisie, de déclaration est ouverte. Ça permet de voir avec les graphiques si on a l'objectif ou non. Encore une fois, soit il y a un manque de données par rapport au fait que je me sois installé relativement récemment soit il y a un biais parce que j'ai cette activité mixte avec le CSNP. La Sécurité Sociale envoie un mail pour proposer une visite du délégué en tout début d'activité, le problème c'est que ma déléguée a changé de métier et j'ai trouvé quelqu'un d'autre et là c'était à ma demande. J'ai pu remonter certains problèmes liés à ma pratique et ils ont conscience de cela mais ils n'ont pas forcément de réponse à m'apporter.

Q : Quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : La force de la ROSP c'est avant tout philosophique, parce que ça valorise le suivi au long cours du patient. Par contre le fait que ça soit si variable et si peu anticipable ça fait râler énormément de médecins. Il y en a que ça énerve aussi parce que ça nous force à suivre certaines directives qu'on peut estimer comme non justifiées, certains avis de l'HAS qui peuvent être vraiment datés quand on se forme de façon plus internationale.

Q : D'après toi quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de tes prises en charge ? par exemple la gestion du cabinet, du temps passé pour la prévention, sur la prescription, le fait d'être maître de stage ou pas...

R : Alors c'est vrai que pour le maître de stage, j'ai appris après coup que ça existait et ce n'est vraiment pas ça qui m'a motivé à le faire. On pourrait croire que le fait qu'il y ait un forfait patientèle-médecin traitant nous pousse à prendre plus de patients, mais moi je ne veux pas ça, parce que je sais très bien que si j'ai trop de patients je ne pourrai pas les voir dans un délai raisonnable. Mon objectif premier c'est d'avoir une vraie médecine traitante et de répondre aux urgences de ma patientèle, donc ça n'influence pas ma façon de pratiquer ni mes investissements au cabinet parce qu'encore une fois je ne peux pas anticiper quel chiffre c'est. Je vois plus ça comme un bonus inattendu.

Q : Pour toi, qui devrait être le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : Il faudrait qu'il y ait vraiment une interaction avec les médecins de terrain, donc les prescripteurs et quelqu'un qui travaille en santé public mais encore une fois un médecin qui aura une vision vraiment globale et non pas uniquement administrative et qui sort que des tableaux Excel et qui n'aura pas forcément conscience de la réalité derrière les chiffres qu'on peut présenter.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Aucunement, parce qu'encore une fois je n'ai pas pu anticiper à combien ça serait chiffré, je me suis basé sur mon activité à l'acte pour faire mon plan de développement du cabinet.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs bas, est-ce que tu as décidé de modifier tes pratiques ?

R : Typiquement pour la télétransmission des accidents de travail, des arrêts de travail, d'une part je voulais faire remonter la problématique avec mes associés du CSNP et la Sécurité Sociale est venue vers nous parce que ça génère un surplus de travail assez important pour eux. On voudrait donc mettre en place une ICPS ou la CPE qui permet d'avoir une CPS de secrétariat que les remplaçants pourraient utiliser pour télétransmettre en notre nom. Ça par exemple le fait de ne pas être à l'objectif ça peut être un moteur de changement.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus souvent concernant la ROSP ?

R : J'aurai tendance à dire qu'il y a quand même entre 80 et 90 % des confrères qui n'y sont pas favorables et qui préféreraient une rémunération à l'acte uniquement, ce à quoi je ne suis pas forcément d'accord et plus ou moins 10% qui trouvent ça assez bien. Moi je suis un peu entre les deux, dans le sens où l'idée est bonne mais il faudrait vraiment que ce soit comme l'ONDAM ou ce genre de budget qui sont décidés à l'avance et donc qu'on sache précisément telle année on touche tel forfait si on a telle patientèle.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraîtrait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Un mixte entre paiement à l'acte et paiement à la capitation sans tomber dans le taux à la capitation parce qu'encore une fois on aurait intérêt à avoir des énormes patientèles sans avoir à voir les patients pour toucher l'argent, ce que je ne trouve pas acceptable. Il faut quand même garder une part à l'acte pour valoriser le fait que de temps en temps on travaille plus sur certaines journées et il y en a d'autres plus creuses. Pour moi, qui suis quelqu'un qui travaille assez vite, je trouve ça important que ça soit valoriser.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ? Cela peut être soit des choses à supprimer soit des choses à rajouter, d'inclure certaines choses, rémunérations administratives...

R : La première chose que je verrai c'est vraiment qu'ils automatisent un certain nombre de mise en relation des données qu'ils savent collecter et qu'ils ont, mais qu'ils n'utilisent pas et qu'ils nous demandent de déclarer. Juste ce côté-là au moment de la déclaration, ils nous disent « ça ce sont les chiffres que l'on a, est-ce que cela vous semble cohérent ? », parce que c'est pareil quand on a notre chiffre d'affaires annuel et notre SNIR, il y a toujours une différence mais qui reste mineure et donc qui peut sembler cohérente et ça ils auraient les moyens de le faire. Cela pourrait être une des améliorations. Après tout ce qui est de favoriser l'installation, il y aurait vraiment un coup de boost à faire pour les installations des jeunes médecins. Ils pourraient mettre en place un forfait jeunes installés plus intéressant que celui qui existe actuellement et un accès aux aides qui serait plus facile parce qu'aujourd'hui c'est vraiment un dossier énorme à remplir avec aucune garantie d'avoir une réponse positive.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment ou consciemment dans nos décisions médicales ?

R : A mon niveau, ça influence vraiment très peu. Dans ma pratique clinique, autant j'ai conscience que je suis un salarié de la Sécurité Sociale mais mes pratiques doivent rester indépendantes d'un décideur financier et reste fidèle à l'avancée des connaissances scientifiques.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que nous n'avons pas abordé ou quelque chose que tu voudrais rajouter sur la ROSP ?

R : Non globalement on a fait le tour, ton interrogatoire est assez complet.

Retranscription MT3

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Ça ramène des sous et puis quand la ROSP est sortie, je me suis rendu qu'il y a des choses que je faisais qui pouvaient être arrangées ou améliorées, il y avait des axes d'amélioration, comme le dépistage de la maladie rénale

chronique, je n'avais pas conscience de l'importance du dépistage. Ça ouvre les yeux sur certains aspects et apporte une vision de ce que tu fais que tu n'as pas forcément toi.

Q : Selon toi quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Je pense que c'est une rémunération indirecte et ça leur amène un gage de qualité, c'est donnant donnant. Ce n'est pas forcément une mauvaise démarche.

Q : Quelle est l'influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Je pense qu'elle est réelle notamment sur le nombre d'hémoglobine glyquée, la surveillance de l'insuffisance rénale chez le diabétique ou chez l'hypertendu. Il y a une influence certainement, au début sûrement maintenant ça fait quelques années, je pense que la sensibilisation a été faite, aujourd'hui ça ne m'amène plus grand-chose. Ça sensibilise également sur la prescription de benzodiazépines chez les personnes âgées, je me suis rendu compte d'ailleurs que je n'étais pas si mauvais. Ça te conforte et te compare, tu vois l'évolution mais je regarde que très rarement ce que je fais.

Q : Que penses-tu de ce type de rémunération ?

R : Ça devrait être supérieur, c'est quand même une rémunération indirecte qui est relativement importante. Ce n'est pas négligeable, j'ai rencontré une dame de la Sécurité Sociale qui avait calculé combien ça ramenait au nombre de consultation, je trouve que ça fait une belle augmentation du prix de la consultation. J'avais calculé tout ça, ça me faisait 3000 euros par mois.

Q : Quels sont les premiers indicateurs de la ROSP qui te viennent à l'esprit ?

R : Il y a l'hémoglobine glyquée, le nombre d'hémoglobine glyquée, après quand il y avait le Previscan, ça il y en a de moins en moins, le nombre d'INR dans l'année, ils en veulent 12 donc on les prescrit mais les gens ne le font pas comme l'hémoglobine glyquée. Il y a également le dépistage de l'insuffisance rénale chez le diabétique et l'hypertendu.

Q : Que penses-tu du choix de ces indicateurs-là ?

R : Je pense que c'est pertinent.

Q : Comment es-tu informé sur la ROSP ?

R : Au début c'était des réunions avec des personnes de la Sécurité Sociale qui venaient me voir. Là actuellement, ils viennent encore mais c'est plus pour aborder de nouveaux sujets qui ne sont pas forcément liés à la ROSP.

Q : Selon toi, quelles sont les forces et les faiblesses de la ROSP ?

R : La force de la ROSP est qu'ils ont des chiffres, tu peux voir exactement la réalité, souvent on a des impressions de ce qu'on fait mais on ne se rend pas compte. Ça c'est une force, c'est un attrait pour nous. La faiblesse est qu'il y a des choses sur lesquelles on ne peut pratiquement pas intervenir, par exemple le nombre de mammographies, de frottis, moi en tant que médecin généraliste je ne peux pas y faire grand-chose. Je ne pense pas qu'il y ait un impact énorme, je n'arrive pas à influencer les gens. C'est comme le nombre de vaccins pour la grippe, si les patients ne veulent pas, on ne peut rien y faire.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ? ça peut être soit sur la gestion du cabinet, soit sur le temps passé sur la prévention, sur la prescription générique, antibiotiques...

R : Oui, il y a un impact. On ne pense pas à la ROSP toute la journée mais il y a une prise de conscience via la ROSP puis qui s'applique tous les jours au quotidien.

Q : Selon toi qui devrait être le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : Je pense qu'il ne faut pas forcément le laisser aux médecins installés. L'HAS pourquoi pas, quoi que l'HAS il y a toujours quelque chose à dire sur eux. Il y a des aberrations, L'HAS dans les diabètes, ils te placent les sulfamides tout en haut après les biguanides, ce qui n'est pas normal. Ça devrait être des médecins, il n'y a qu'un médecin qui peut juger de ça.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer vos pratiques ?

R : Non. J'aurai eu le même matériel avec ou sans ROSP. Si jamais la ROSP disparaît demain je travaillerai pareil avec les mêmes outils.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs bas, comment as-tu prévu de modifier tes pratiques ?

R : Je regarde très rarement, une fois par an, quand je consulte ça et si j'ai des critères bas je pense que ça m'influe quand même, j'essaye de modifier ma pratique oui. Tu es toujours content quand tu es dans les clous.

Q : Tu penses que les modifications, ce sont des choses qui restent possibles ?

R : Oui bien sûr et heureusement, on peut toujours s'arranger et s'améliorer.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : Moi je ne fréquente pas trop de confrères négatifs, souvent les médecins sont très négatifs dans les repas. On ne parle pas de ça, souvent les gens se plaignent tous, moi je ne me plains de rien. Je fréquente deux, trois collègues on ne parle pas d'argent. On se plaint un peu sur les honoraires.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Je pense qu'il faut une rémunération à l'acte quand même, après qu'il y ait un peu de capitation comme ça c'est pas mal. Le fonctionnement d'une partie forfaitaire et une partie à l'acte, je pense qu'il faut le garder parce que si les gens ne payent plus rien ça va encore perdre de la valeur. Par contre il faudrait augmenter les honoraires, on pourrait les doubler.

Q : Quelles améliorations pourraient être ajoutées à la ROSP selon toi ?

R : Les INR chez les gens qui sont sous Previscan, c'est débile parce qu'on ne maîtrise pas ça. Il y a des choses qu'on ne maîtrise pas donc ça n'a pas de sens et est-ce que c'est au médecin généraliste de maîtriser les dépistages du cancer du sein ou le nombre de patients traités par antibiotiques ?

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment ou consciemment dans les décisions médicales ?

R : Bien sûr que ça t'influence, il y a des critères débilés, les statines génériques, tu peux prescrire ce que tu veux de toute façon ça va sortir en générique. C'est comme à une époque, la Pyostacine, tu étais pénalisé parce que tu en prescrivais, pourquoi ? parce que la Pyostacine n'a pas de générique. Donc tu n'es pas bien car tu prescris un médicament qui n'a pas de générique, tu es pénalisé. Si tu voulais des points tu ne prescrivais pas de Pyostacine alors que ça aurait été peut-être bien dans certaines situations pour des patients. C'était totalement administratif. Ça n'était pas justifié à mon goût.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé, ou quelque chose que tu voudrais rajouter sur la ROSP ou en général sur le système de rémunération des médecins généralistes ?

R : A la limite, ce qu'il faudrait c'est qu'il n'y ait pas de ROSP et que l'on ait des honoraires décents. Le vrai scandale ce sont les téléconsultations. J'ai vu une ordonnance pour quelqu'un qui avait une pathologie tout à fait bénigne et qui a fait une téléconsultation, il lui a été prescrit une ordonnance à 400 euros, cela n'a pas de sens. Il y a également les arrêts de travail. Les jeunes font des téléconsultations et obtiennent des arrêts de travail d'une semaine, puis à la fin de leur arrêt de travail ils refont une téléconsultation et ont encore un arrêt. C'est vraiment du business.

Retranscription MT4

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Je pense que c'est un moyen de nous pousser vers la capitation, ça nous oblige à nous concentrer sur certains critères qui ne reflètent pas finalement la bonne prise en charge de nos patients. C'est un moyen qui a déjà été testé dans d'autres pays comme en Angleterre et ça a montré son échec puisqu'en parallèle les médecins se focalisaient sur les critères de ROSP, à l'équivalent de ROSP, et en même temps il y avait d'autres choses qui passaient à l'as donc ça avait provoquer une augmentation des hospitalisations. Donc ça a été arrêté et chez nous on continue à le faire. Pour moi, ça ne sert à rien et c'est bénéfique ni pour les patients ni pour nous parce que ça nous incite à nous focaliser sur des points, qui sont certes importants, mais que l'on fait de toute façon. Je ne vois pas l'intérêt.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Le but c'est de nous pousser à la capitation, forfaitisation des soins, la fin du paiement à l'acte, donc ça permet de faire de nous petit à petit des salariés de la Sécurité Sociale avec les contraintes qui sont liées sans les avantages parce qu'on continuerait à être des libéraux en termes de frais et des charges. Pour moi, c'était juste le début du processus de capitation.

Q : Que penses-tu de ce type de rémunération ?

R : Le seul intérêt que l'on peut y trouver c'est pour le forfait médecin traitant parce que ça valorise quand même le fait que l'on ait une patientèle avec le suivi qui s'impose, sinon tout le reste pour moi ça n'a absolument aucun intérêt.

Q : Quelle est l'influence de cette ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Pour moi aucune, en fait je boycott la ROSP depuis 2 ans maintenant, donc volontairement je ne me focalise plus sur les objectifs, ça fait partie évidemment du travail des tous les jours. Pour moi ça n'est pas quelque chose qui doit me guider dans ma façon de travailler.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers critères de la ROSP qui te viennent en tête ?

R : Par exemple, pour moi, la question des biosimilaires génériques, franchement je ne vois pas trop l'intérêt, on prescrit déjà beaucoup de génériques, le biosimilaire générique je ne vois pas pourquoi on met des indicateurs comme ça. Tout ce qui est benzodiazépines, antibiotiques, etc... tout ça on sait, on fait attention à nos pratiques, donc pareil je ne vois pas l'intérêt et les dépistages c'est bien ancré depuis longtemps, les diabétiques on sait comment les prendre en charge, ça ne nous pousse pas vers le haut. Je ne comprends pas trop. Je ne comprends pas non plus aussi pourquoi on est responsable de prescription des confrères spécialistes qui après sont comptabilisées chez nous.

Q : Comment es-tu informée sur la ROSP ?

R : Réunion avec la Sécurité Sociale, les délégués de l'Assurance Maladie qui passent au moins deux fois par an pour nous parler de nos objectifs, de la façon dont on les respecte et du coup de notre rémunération par rapport avec le respect des objectifs. Là je ne la vois plus qu'une fois par an parce que je boycott la ROSP.

Q : Quand tu dis que tu boycott la ROSP, concrètement qu'est-ce que tu fais ?

R : Je ne remplis pas les critères, je ne peux pas faire autrement je reçois quand même le forfait structure parce qu'apparemment ça on ne peut pas le boycotter mais sinon je n'ai pas rempli volontairement les parties déclaratives.

Q : Selon toi, quelles sont les forces ou les faiblesses de la ROSP ?

R : Je pense que la faiblesse c'est que l'on cherche à nous focaliser sur des points qui sont pourtant maîtrisés normalement par tous, qui ne vont pas dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients à mon avis, qui nous détournent de l'attention porter à des points de santé qui sont pour beaucoup de patients plus importants. Il y a aussi en fait des objectifs qui sont liés aux finances évidemment, je ne vois pas en quoi prescrire des biosimilaires peut avoir un impact positif sur la santé des patients, d'autant plus qu'on nous demande de prescrire des biosimilaires avec une marque de labo bien particulière. Je ne vois pas trop où est l'intérêt des patients. En gros, en fait pour moi, la grande faiblesse c'est que je ne vois pas en quoi ça peut améliorer la prise en charge et de la santé du patient.

Les forces, franchement, je n'en vois vraiment pas et quel est l'intérêt. A la limite oui, le forfait médecin traitant, parce que la tenue des dossiers c'est quand même beaucoup de travail donc c'est vrai que ceux qui ont une patientèle conséquente ça fait du travail administratif. Je trouve que c'est logique que ça soit rémunéré. Mais à part ça, c'est tout.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la prise en charge ? les gains obtenus aident-ils au niveau du secrétariat, du matériel ? est-ce que ça a un impact sur ta pratique de tous les jours, dans tes prescriptions ?

R : Non absolument pas, parce qu'en fait je fais déjà attention aux points qui sont développés donc peut être effectivement je n'arrive pas aux objectifs fixés par la Sécurité Sociale parce que tout simplement c'est dans beaucoup de situations ça n'est pas possible et pas réalisable. Mais en soit dans ma pratique j'y fais déjà attention, sinon en termes d'organisation des soins ça n'impacte pas du tout. Question fréquence des consultations ou du matériel, non ça n'impacte pas. Concernant les prescriptions de biologies, je suis les recommandations officielles pas forcément de la ROSP mais de l'HAS. Ça ne m'impacte plus que ça.

Q : Selon toi, qui devrait être le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : Je pense que ça ne devrait pas être la Sécurité Sociale puisqu'en fait elle se base sur des objectifs qui sont finalement financiers, si déjà on devait garder la ROSP et qu'on était obligé de la garder, il faudrait que ça soit un

consensus médical. Par exemple, pourquoi pas, on va dire des médecins issus de l'HAS, pourquoi pas aussi des médecins issus des syndicats qui sont quand même les co-représentatifs de notre pratique, un mélange de tout ça.

Q : Dans quelles mesures les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer les prises en charge ?

R : Je ne trouve pas.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs qui sont bas, est-ce que tu as prévu et comment as-tu prévu de les modifier ?

R : Les indicateurs que j'avais bas c'était la déclaration médecin traitant pour les enfants, parce que les enfants qu'on suit, très souvent, ils vont chez plusieurs médecins différents, donc je ne voyais pas l'intérêt de me déclarer comme médecin traitant alors qu'avec le carnet de santé, le dossier médical, ils ne vont pas forcément chez un de mes collègues mais dans d'autres cabinets, pédiatres, etc... Ça n'a pas de sens pour moi, donc là je suis très basse. Les biosimilaires, je ne suis pas bonne du tout. Il me semble qu'il y avait aussi les biosimilaires pour tout ce qui était enoxaparine, Lovenox, et il fallait que l'on mette le nom du laboratoire et c'était bien Sanofi, me semble-t-il, donc je refusais de le faire, pour l'insuline je ne l'ai pas fait non plus. Donc je suis très basse pour ça. Sinon après je ne suis pas trop mal, après pour les benzodiazépines, c'est sûr que pour les patients âgés qui sont sur benzodiazépine depuis 20 ans c'est clair que là je ne suis pas trop aux objectifs parce que c'est compliqué de les arrêter. Donc là je pourrai faire en théorie quoi qu'en pratique ça soit compliqué.

Q : Est-ce que tu penses que c'est des choses que tu feras ou alors pas du tout ?

R : Non, parce que c'est objectifs théoriques et puis après en pratique sur les cas par cas, par exemple les hypnotiques si je peux les arrêter je le fais, mais en fait la plupart du temps ce sont des patients qui les ont depuis 20/30 ans, qui sont des habitués et ça ne sert plus à grand-chose de les enlever, selon cette situation très précise. Donc effectivement, pour ces patients-là je ne suis pas l'objectif théorique, j'essaie surtout de ne pas en introduire si je peux.

Q : Dans les discussions que tu peux avoir les confrères, quel est l'opinion générale qui émerge sur la ROSP ?

R : Inutilité, effectivement le risque à force d'adhérer à ce type de système, qu'on nous pousse vers la capitation et qu'on aura du mal à revenir en arrière probablement. Ça dévalorise forcément le paiement à l'acte et l'acte médical en lui-même. L'acte en tant que tel est important et ne doit pas être dévalorisé au bénéfice d'une forfaitisation. Globalement, on a peu près tous le même discours là-dessus.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui serait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Pour moi, c'est la revalorisation de l'acte. Le forfait patientèle-médecin traitant ça ok, je ne dis pas qu'on ne doit pas respecter certains types d'objectifs de prise en charge mais pas de cette manière-là. Je pense aussi que ça ne doit pas être guidé par la finance, ça devrait être plutôt guidé par la santé publique.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ?

R : Je pense que le fait d'améliorer pour la Sécurité Sociale cela reviendrait à ajouter encore d'autres choses, ça reviendrait à vraiment surveiller nos pratiques, donc je pense qu'ajouter ça n'est pas une bonne idée. Je pense qu'en fait il faudrait surtout diminuer les critères, pour la santé publique je veux bien qu'on nous incite à faire des dépistages, la vaccination chez les enfants, mais tout ce qui est à retirer pour moi ce sont les prescriptions

génériques, les biosimilaires, etc...là je ne vois vraiment pas l'intérêt. Donc ça, je retirerai, mais en gros pour moi l'objectif ça serait vraiment que cette ROSP s'arrête complètement.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment ou consciemment dans les décisions médicales ?

R : Je pense que si l'on est motivé pour avoir un bon forfait chaque année c'est sûr que l'on va être extrêmement précautionneux par rapport au respect des fonds d'œil, des bio etc... chez les diabétiques par exemple. On va également s'inscrire en tant que médecin traitant pour des enfants qu'on voit peut-être une fois tous les 4 ou 5 mois parce qu'ils vont chez d'autres confrères, je pense que l'on va chercher à forcément obtenir un bénéfice financier sauf qu'en fait ça ne va pas dans le sens d'une meilleure prise en charge des malades. Je pense que ça peut vraiment nous détourner de certaines choses qui sont importantes, pour nous focaliser vers les choses qui vont nous apporter de l'argent, ça nous éloigne un petit peu de l'éthique de notre pratique et puis pour moi ça n'est pas déontologique, ça n'est pas sain. Je ne vois pas pourquoi on a de tels objectifs chez les diabétiques par exemple, pourquoi pas dans ce cas-là évaluer la prise en charge de l'asthme ou des pathologies cancéreuses ? pourquoi prendre certaines choses et pas d'autres, parce que ça reste toutes des pathologies chroniques avec des impératifs de suivi, donc c'est pour ça que pour moi c'est guider seulement par l'aspect financier et pas pour le besoin de santé publique.

Q : Est-ce qu'il y a un thème ou quelque chose que l'on n'a pas abordé, quelque chose que tu voudrais rajouter par rapport à la ROSP ? Des idées, des attentes... ?

R : Pour moi, comme dit il faut que ça s'arrête et j'espère qu'il y a de plus en plus de confrères qui vont diminuer leur déclaratif pour faire comprendre à la Sécurité Sociale que ce n'est pas une façon de rémunérer notre travail. C'est très paradoxal parce qu'il y a 10 ans la Sécurité Sociale nous disait que pour être un bon médecin il faut prendre son temps et maintenant pour être un bon médecin il faut faire des consultations toutes les 7 minutes. Les discours s'adaptent à la situation donc on voit bien que ça n'est pas des critères qualité mais politiques, financiers et puis on oublie l'essentiel. On va vers des procédures de surveillance qui sont de plus en plus marquées, la ROSP c'est une chose, là il y aura la certification. Ils vont nous obliger de nous certifier, il y aura plusieurs volets, il y aura la formation continue qui va être évaluée, si tu as fait des DPC tous les ans, si tu as fait ton EPP tous les trois ans. Tu dois faire ça tous les trois ans avec les organismes de formation, tu choisis pour tes DPC annuelles, ils te proposent une EPP par exemple, l'année dernière j'avais fait la prise en charge du sevrage tabagique dans ta patientèle où tu te compares par rapport à ce que font les autres et tu essayes d'améliorer ta pratique. En fait, ils vont t'évaluer là-dessus, pourquoi pas car c'est important de se former on est d'accord. Maintenant, avec la période COVID qui vient de passer, avec la surcharge de travail que l'on a et la maison qui brûle car pas assez de médecins, pas assez de moyens, j'ai du mal à comprendre comment on va dire aux gens « voilà ça fait 6 ans que vous n'avez pas fait d'EPP, bah là ça ne va pas là ». En plus, il y a un module où on est censé montrer que l'on prend soin de nous, qu'en fait on se protège, qu'on fait de l'activité physique, qu'on fait attention à son alimentation. Ce n'est pas encore peaufiner mais on va vers ça. Ils vont faire nous des pseudos-salariés avec des obligations de réponses à certains critères ROSP ou autre, mais sans qu'on nous paye notre secrétaire, notre matériel, nos charges etc... donc on aura tous les désavantages sans les avantages. Moi j'ai peur que ça aille vers ça, après est-ce que ça ira vraiment vers ça. En tout cas c'est ce que veut le gouvernement actuel, ils veulent la capitation.

Retranscription MT5

Q : est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Je trouve qu'au départ ça n'est pas forcément une mauvaise idée, d'inciter à ce que les médecins prescrivent dans les recommandations et du coup il y a une incitation financière parce que sinon ça ne marcherait pas. Après

dans la pratique et dans la mise en œuvre, je suis assez sceptique sur certains points notamment quand il s'agit de compter des choses dans le logiciel. D'un point de vue général, ça ne me dérange pas spécialement.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : C'est pour inciter les médecins à utiliser les services de la Sécurité Sociale en ligne, dématérialisée parce que ça leur fait moins de boulot. Il y a quand même des objectifs de santé publique derrière notamment la surveillance du diabète, de l'hypertension et de la maladie rénale.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ce type de rémunération ?

R : Je trouve que ça n'est pas une mauvaise chose parce que ça prend du temps à remplir, même s'il y a des paramètres qui sont faits automatiquement. D'autres choses il faut les remplir manuellement, c'est du temps passé qui est rémunéré.

Q : Quelle est l'influence de la ROSP concernant la qualité de la prise en charge ?

R : Pour moi, personnellement non.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers indicateurs de la ROSP qui te viennent en tête ?

R : Il y a les FSE, arrêts de travail dématérialisés, surveillance des marqueurs par rapport au diabète et le calcul de son score, dépistage des troubles auditifs chez l'enfant.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ces indicateurs-là ?

R : Il y en a qui sont intéressants et il y en a d'autres en pratique qu'on ne met pas en œuvre.

Q : Comment es-tu informée sur la ROSP ?

R : Je suis informée par mail et puis il y a les délégués de la Sécurité Sociale qui viennent.

Q : Selon toi quelles sont les forces et les limites et à contrario les faiblesses de la ROSP ?

R : Les faiblesses c'est qu'il y a des choses un peu trop ciblées que clairement en pratique on ne peut pas mettre en œuvre dans une consultation, qu'on ne peut pas faire, notamment le dépistage des troubles auditifs. Quand on voit les critères qu'il faut remplir, c'est faramineux. Il y a aussi le calcul du score, savoir combien de fois on l'a fait par an pour combien de patients, j'ai un peu du mal à le faire systématiquement. Je le fais quand j'en ressens le besoin mais ça n'est pas quelque chose de systématique chez moi. Des indicateurs qui sont un peu hors propos et puis d'autres indicateurs qui sensibilisent. Ils ont des diagrammes assez bien faits par rapport à des taux d'hémoglobine glyquée, des taux de dépistage de cancer colorectal et des mammographies, c'est intéressant pour revenir sur sa pratique et voir un peu où on en est dans le dépistage et dans le suivi de ces paramètres.

Q : Selon toi, quel est l'impact sur ta pratique de tous les jours ? que ça soit en gestion du cabinet, le temps passé pour la prévention, la prescription des génériques ? est-ce que ça a modifié ma prescription, est-ce que ça a un impact ?

R : Non.

Q : Selon toi, qui devrait être les décideurs de ces indicateurs qui font parti de la ROSP ?

R : Je pense que cela devrait être un petit peu plus concerté entre les médecins et la Sécurité Sociale, parce que les derniers indicateurs qui sont sortis ce sont uniquement des indicateurs financiers pour nous inciter à prescrire des produits moins coûteux pour que la Sécurité Sociale puisse faire des bénéfices.

Q : Ça sera plus l'aspect financier qui serait guidé que l'aspect santé public ?

R : En tout cas dans les dernières choses qui ont été mises en œuvre oui. Je pense aux médicaments biosimilaires en parlant des dernières choses qui ont été mises en place.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques par rapport aux matériels, le secrétariat, logiciels ou autres ? Est-ce qu'il y a eu une différence avant/après ?

R : Non.

Q : Concernant les critères où tu as des indicateurs qui sont assez bas, est-ce que tu as prévu quelque chose, essayer de faire plus attention ?

R : Au moment où je remplis oui, je me dis qu'il faudrait faire plus attention. Les indicateurs-là que tu cites, ce que j'ai en tête c'est surtout les tests de dépistage, où alors quand on se rend compte qu'il y a des critères qui ne rentrent pas dans les clous par rapport à des choses qui doivent être dématérialisées et que la Sécurité Sociale attend de nous des arrêts de travail, oui j'essaie de rectifier le tir.

Q : Est-ce que tu penses que ces modifications-là sont possibles et est-ce que tu arrives à augmenter ou diminuer ?

R : Je ne sais pas parce que je n'arrive pas à comparer d'une année à l'autre, donc j'imagine que oui.

Q : Dans les discussions que tu as avec les confrères, qu'est-ce qu'il ressort, quelle est l'idée principale ? quel est l'avis prépondérant qui est le plus cité par rapport à la ROSP ?

R : Ici au cabinet, on est plutôt neutre, on le fait parce que c'est instauré. Après j'ai une collègue qui trouve ça plutôt logique qu'on soit encadré et surveillé dans nos prescriptions. Moi j'estime ne pas faire forcément d'abus, d'être dans une extrême en termes de prescriptions, je ne mets pas d'antibiotiques. Je ne suis ni totalement pour ni totalement contre. Ça me laisse indifférente.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te semble le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : En général, je trouve qu'on n'a pas assez de leviers d'adaptation de la cotation de la consultation parce qu'on sait très bien qu'on a des consultations qui vont être rapides, et finalement les 26,50 euros sont justifiés et puis on gère une situation simple. Mais d'autre part, il y a des consultations qui sont plus complexes, ça arrive plusieurs fois par jour à être pendant plus de 30 minutes avec un patient et qu'on doit gérer plein de chose parce que c'est justifié et en fait on a aucun moyen de coter plus cette consultation. Je trouve qu'on manque un peu de souplesse dans la cotation, on devrait avoir la possibilité de faire 10 ou 20 euros en plus d'une consultation classique quand on estime qu'on a fait une consultation complexe en dehors de l'insuffisance cardiaque ou d'une sortie d'hospitalisation.

Q : Ça serait d'un peu diversifier les types de consultation et leur rémunération et de ne pas avoir toujours la même chose ?

Oui c'est exactement ça.

Q : Quelles améliorations peuvent être ajoutées à cette ROSP là selon toi ?

R : Que ce soit fait avec des médecins, que ce soit un peu plus calé sur une réalité de consultation parce que là on sent bien qu'il y a certains points qui sont demandés par des personnes qui n'ont jamais fait de consultation en médecine générale.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP vous influence inconsciemment dans les prises en charge générale ?

Je ne sais pas si ça influence, ou alors ça va influencer pendant un premier mois après qu'on l'ait rempli.

Q : Pour finir, est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé qui te semble pertinent, ou une remarque sur la ROSP, ou la rémunération du médecin généraliste en général, qu'on n'a pas évoqué ?

R : Non.

Retranscription MT6

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Je trouve que la ROSP et ses forfaits sont devenus très importants dans mes revenus, cela incite à travailler moins.

Q : Dans quel sens travailler moins ?

R : Dans le sens où tous les 2 ou 3 mois il y a un certain forfait qui tombe en plus des consultations et que ça devient prépondérant. Ça incite, pour moi, à travailler moins. Après sur le fond, je trouve ça regrettable qu'on paye en fonction de certains critères. Si le patient n'a pas fait son dépistage, c'est le praticien qui est puni. Sur le fond je ne suis pas pour, après il y a de l'argent qui tombe, on ne va pas ne pas le prendre.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ces paiements à la performance ?

R : Je n'en ai aucune idée.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ce type de rémunération ?

R : Ça devient relativement important, parce que je suis installée depuis longtemps et que j'ai une patientèle plutôt importante, je trouve que c'est plutôt une bonne chose. Maintenant, si on me posait la question à l'époque, si on faisait une ROSP ou pas, ma réponse aurait été négative, parce qu'en principe je trouve ça aberrant.

Q : Quelle est l'influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Sur la qualité de la prise en charge, ils sont capables de calculer l'hémoglobine glyquée, les fonds d'œil, de voir si je fais suffisamment bien les dépistages... C'est un peu comme un jeu, une traque donc j'essaye, quand il y a un facteur qui baisse, de le remonter. C'est un peu motivant, pas par l'aspect financier. J'essaye de faire monter mes

dosages d'hémoglobine glyquée en sachant que je n'y suis pour rien, parce que j'ai beau donné l'ordonnance aux patients, c'est quand même lui qui a le choix final.

Q : Quels sont les premiers indicateurs qui te viennent en tête quand on te parle de la ROSP ?

R : Celui qui me vient en premier c'est le dépistage de la maladie rénale chronique chez les hypertendus

Q : Qu'est-ce que tu penses de ces indicateurs-là pour le dépistage de la maladie rénale ? c'est plutôt une bonne chose ?

R : C'est plutôt une bonne chose. Pour en avoir discuté avec des collègues, il y a des collègues qui ne faisaient pas du tout ces dépistages-là et quand c'est apparu dans la ROSP ça les a motivés à faire ces dépistages. Je pense qu'il y a eu des améliorations de prise en charge par rapport à ces indicateurs.

Q : Comment es-tu informée sur la ROSP ?

R : Je suis informée sur la ROSP de deux façons ; via Ameli, je peux aller sur mon compte et je vois mon compte ROSP, et sinon je suis aussi informée avec la Sécurité Sociale. Il y a une personne qui vient tous les trimestres.

Q : Qu'est-ce que cette personne fait concrètement ?

R : Elle vient faire un rappel sur les choses qui sont importantes pour eux, le sujet qui revient souvent est les biosimilaires de l'insuline glargine. Elle nous rappelle certaines choses sur lesquelles nous n'avons pas trop d'impact.

Elle parle en général et montre où j'en suis par rapport aux autres, c'est une démarche individualisée.

Q : Selon toi quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : La force est que cela peut inciter les médecins à des changements de comportement. Les limites c'est qu'au final c'est que le patient décide ce qu'il va faire. On a l'impression d'être à l'école et d'être notée, d'avoir une note. Ça sous-entend que l'on ne fait pas bien notre travail.

Q : Quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de tes prises en charge ? ça peut être dans la gestion du cabinet, dans le temps que tu vas passer sur la prévention, les prescriptions génériques ce genre de chose...

R : Pour reprendre les génériques, j'ai demandé à mon logiciel de prescrire en DCI et en nom commercial, mes ordonnances sont faites avec les deux. Par exemple, les IPP après avoir vu que ça figurait dans la ROSP, j'ai un peu relu les conduites à avoir avec les IPP. Du coup j'ai beaucoup baissé les IPP.

Q : Qui devrait être les décideurs des indicateurs de la ROSP ?

R : Ça devrait être l'HAS, uniquement elle, ça ne devrait pas être la Sécurité Sociale.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Le gain n'a rien changé, parce qu'au début c'était très petit. La ROSP dépend du nombre de patients médecin-traitant.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs bas, comment as-tu prévu de modifier tes pratiques ? et est-ce que tu penses que c'est possible ?

R : Pour les IPP, ça a été possible et j'ai vraiment baissé de façon significative. A un moment donné, j'étais plutôt pas mal pour les traitements benzodépressifs / anxiolytiques et je trouvais ça étonnant. Avec le Covid et après Covid ça a flambé et je n'en tiens pas compte. Je ne vais quand même pas ne pas prescrire des anxiolytiques à des patients s'ils en ont besoin.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : Que ça ne devrait pas exister, qu'on devrait être mieux payé, que l'acte soit mieux payé plutôt que d'avoir la ROSP.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ? quel serait le meilleur moyen de rémunérer les médecins ?

R : Un prix de l'acte du marché européen.

Q : Si la ROSP venait à perdurer, quelles améliorations pourraient être ajoutées à la ROSP ?

R : Changer les indicateurs, parce que les indicateurs sont les mêmes depuis longtemps, donc à un moment donné on plafonne dans notre potentialité. L'indicateur du cancer du sein j'essaie de l'augmenter mais je n'y arrive pas, le cancer colorectal je n'y arrive pas non plus ainsi que le col. J'ai une activité, j'ai beau essayé, je n'arrive pas à augmenter. Ces trois marqueurs : cancer du sein, col, colorectal, j'ai l'impression d'être hyper investie à chaque consultation, mes internes sont briefés ainsi que les remplaçants, je ne peux pas faire plus. A un moment donné le français il fait ou il ne fait pas. Je ne peux qu'essayer d'inciter les gens, il faudrait que ces indicateurs bougent.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?

R : Ça ne nous influence pas inconsciemment.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que tu sembles important que nous n'avons pas abordé ? Quelque chose en particulier sur la ROSP, sur l'état de ce système-là en général ?

R : Je comprends les indicateurs, ils ne me choquent pas. Ce qui est choquant c'est la rémunération, je suis choquée par le principe.

Retranscription MT7

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Pour moi, la ROSP part d'une bonne intention mais c'est quelque chose qui devrait être enlevé parce que la ROSP finalement c'est un paiement forfaitaire. Nous en tant que médecin généraliste on préfère une revalorisation de la consultation plutôt que de compter sur des forfaits. On a aussi l'impression d'être fliqué dans notre démarche, la ROSP se base quand même sur des recommandations HAS mais les recommandations dans la pratique courante, on ne peut pas toujours les appliquer. Donc parfois on est obligé de dévier des recommandations mais pour le bien du patient. En plus, la ROSP est calculée de manière assez aléatoire, j'ai pu relever quand même beaucoup de choses qui étaient erronées dans la ROSP. Quand la visiteuse de la Sécurité Sociale est venue me voir en me montrant les chiffres, j'ai directement vu qu'il y avait des choses qui étaient fausses donc qu'on ne nous revalorise pas la consultation parce qu'on nous met ça la place et que ça c'est faux, je ne sais pas

combien d'argent je perds avec leurs calculs qui sont faux mais je pense que j'en perds pas mal. Ça part d'une bonne intention, mais alors soit ils le font correctement et ils le font de façon un peu moins pour nous fliquer mais de manière un peu plus subtile avec des points peut être plus intéressants ou alors ils l'enlèvent et ils revalorisent la G. Moi je serai plus pour l'enlever par contre le forfait médecin traitant, celui-là je suis plus pour le majorer mais la ROSP aujourd'hui les calculs sont faux donc je ne suis pas d'accord.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : C'est pour éviter d'augmenter la cotation du G, ça permet de maîtriser nos comportements et c'est pour que l'état ait un pied dans un secteur très libéral et qu'il puisse garder le contrôle sur ce que font certains médecins libéraux. Je ne suis pas trop d'accord d'être payé par l'état. Je pense que c'est pour cela qu'ils l'ont fait.

Q : Que penses-tu de ce type de rémunération ?

R : Ce type de rémunération n'est pas adapté, on ne peut pas toujours suivre les indications à la lettre de cette ROSP pour différentes raisons qui nous sont propres. Moi ce que j'en pense, c'est que c'est un contrôle de notre pratique et je pense qu'il y a d'autres façons de contrôler notre pratique. On va contrôler ce que l'on prescrit, mais par contre les médecins qui font des consultations de 5min, est-ce que l'on peut faire de la bonne médecine en 5min ? ça on peut en discuter, je ne pense pas que c'est une bonne médecine pour moi. Eux n'ont aucun problème, les médecins qui voient des patients toutes les 5min, ils voient 60 patients par jour, on ne leur reproche rien mais par contre un médecin qui voit 2 patients par heure mais qui ne respecte pas la ROSP se fait taper sur les doigts et ça n'est pas juste.

Q : Selon toi, quelle est l'influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Je pense que la ROSP peut avoir une influence positive, les points qui sont abordés par la ROSP je pense qu'avec ou sans la ROSP la majorité des médecins doivent et font déjà des dépistages, la prévention, etc. Il faut le faire, j'ose espérer qu'ils le font. C'est vrai que ça peut quand même servir de rappel, peut être pour les médecins plus anciens qui ne sont pas toujours très au clair et qui ne mettent pas au courant. Ça a quand même ce côté-là qui est intéressant mais encore une fois on pourrait le faire différemment.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers indicateurs qui te viennent à l'esprit quand on te parle de la ROSP ?

R : Les premiers indicateurs ce sont les dépistages recommandés ; ADK, ADEMAS. En suite ce sont les dépistages individuels ; l'obésité de l'enfant, le suivi des pathologies chroniques, le suivi des diabétiques, l'hémoglobine glyquée, les prescriptions d'antibiotiques, télétransmission, usage de papier. Après je sais qu'il y en a encore d'autres.

Q : Qu'est-ce que tu penses du choix de ces indicateurs-là ?

R : Certains indicateurs sont vraiment pensés prévention et axés santé du patient, ceux-là me semblent bien, par exemple pour tout ce qui est dépistage. Par contre, il y a d'autres indicateurs qui sont axés réduction de dépenses de santé publique, ça par contre je suis moins d'accord, ça ce n'est pas notre problème. Si on juge nécessaire de faire un PSA par an chez nos patients, ce n'est pas encore dans la ROSP mais ça va peut-être venir, c'est qu'on le juge personnellement et on le fait si on le veut, pareil pour le dépistage des hormones thyroïdiennes. Ils ne veulent pas que l'on fasse T3, T4. Les endocrinologues, quand on va chez eux, veulent T3 T4, si les endocrinologues le veulent c'est qu'il y a bien une raison. Tout ce qui est axé prévention, dépistage, santé du patient, je suis d'accord, tout ce qui est axé réduction de coût de santé publique, ça par contre je ne suis pas trop d'accord.

Q : Comment es-tu informé sur la ROSP ?

R : C'est la déléguée de l'Assurance Maladie qui vient tous les ans faire le compte, elle me parle de certaines choses et de certains indicateurs dont je ne suis même pas au courant, après je ne m'y intéresse pas plus que ça non plus, c'est aussi de ma faute.

Q : Selon toi, quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : La force, c'est que ça met l'accès sur le dépistage et la prévention, aujourd'hui c'est très important en tant que médecin généraliste, on fait beaucoup plus de prévention et de dépistage pour éviter que les pathologies arrivent. Ça c'est très intéressant, ça permet de remettre un peu au courant les médecins qui se forment plus sur les nouvelles recommandations, peut-être pour au moins avoir une ligne de conduite. Après les limites c'est les erreurs de calcul, le flicage, on essaye de contrôler notre pratique alors que l'on est libéral.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur tes prises en charges ? ça peut être sur la gestion du cabinet avec le forfait structure, le temps passé sur la prévention, sur les prescriptions...

R : Non, je n'adapte absolument pas ma pratique en fonction de la ROSP. Quand je prescris quelque chose, quand je fais quelque chose, je ne pense pas à me dire « ah, il faut que je sois dans la ROSP ». Quand je fais quelque chose c'est pour mon patient, et je le fais en fonction des dernières recommandations et de la pratique de ma formation mais à aucun moment dans ma tête je vais me dire « ah il y a la ROSP qui m'impose ça, donc je vais faire ça », jamais.

Q : Qui devrait être, selon toi, le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : Pour moi, ça dépend quel est le but de la ROSP, est-ce que le but premier c'est de prendre en charge les patients, alors là à ce compte-là, ça devrait être des médecins. Si le but c'est effectivement de faire des réductions de coût de santé publique, alors là c'est la CPAM, mais il faut qu'ils soient honnêtes dès le départ sur ce qu'ils veulent faire.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Grâce à la ROSP, je ne vais pas cracher dessus, ça m'amène quand même un peu plus de 5000 euros par an, ce n'est pas énorme, je sais que l'on peut avoir plus mais ça ne m'intéresse pas, je m'en fiche. En partie grâce à la ROSP, c'est surtout grâce aux dépassements d'honoraires que l'on fait, j'ai pu m'équiper en matériel un peu plus coûteux, par exemple l'année dernière j'ai acheté un ECG à 3000 euros.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs qui sont bas, comment as-tu prévu de modifier tes pratiques ?

R : La dernière fois que j'ai eu la visite de la déléguée de l'Assurance Maladie, elle m'a mis une statistique sous les yeux où j'étais vraiment plus bas que la moyenne et c'était sur le dosage d'hémoglobine glyquée de mes patients diabétiques, ils en ont tous, tous les trois mois. Vraiment tous, c'est obligatoire, je le fais c'est sûr, donc en fait je ne modifie rien. L'erreur vient de chez eux, donc moi je n'ai rien à changer.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : Je ne peux pas trop répondre à cette question, parce qu'on n'en parle pas ou peu, par exemple je ne sais absolument pas combien mes collègues touchent avec la ROSP. Est-ce que certains adaptent leur pratique ou pas, je n'en sais rien du tout. Ce qui ressort le plus c'est qu'il y a des erreurs de calcul et que la plupart des médecins veulent que la ROSP cesse et souhaitent une revalorisation de l'acte à la place.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Alors le système de rémunération, pour moi, qui serait le plus adapté ce serait un système comme ça se passe en Suisse, ce serait par exemple qu'il y ait une cotation et un versement en fonction de ce que le praticien apporte au patient. Le médecin fait un examen clinique, c'est tant et tant, le médecin fait un courrier pour le spécialiste c'est tant et tant, en plus le médecin répond au téléphone pour un patient c'est tant et tant, chaque chose que le médecin fait c'est payé, donc ça permettrait à celui qui passe plus de temps d'être payé plus et ceux qui font de la médecine low-cost à 5 min par patient d'être payé moins. Le forfait médecin traitant devrait être mieux calculé, et peut-être réévalué. Moi j'ai une patientèle jeune, les collègues qui ont beaucoup plus de patients âgés, en ALD, devraient gagner plus que moi. En règle générale si on pouvait stopper les forfaits je trouve que ça serait mieux et faire une rémunération à juste titre, vraiment par rapport à ce que le médecin fait. Toucher 26,50 euros pour un vaccin qui dure 5min et toucher 26,50 euros quand on passe 45min avec un patient chez qui on a trouvé un cancer, pour moi c'est une aberration totale. Le facteur temps doit aussi être pris en compte.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ? ça peut être soit sur les pertinences cliniques, économiques, des indicateurs à ajouter ou à enlever...

R : Pour moi, la ROSP devrait partir, pour moi surtout vis-à-vis du forfait structure ils devraient vraiment l'alléger et l'enlever parce qu'en fait ça contraint les médecins à se regrouper, ça contraint des médecins à devoir déménager. On ne peut pas tous le faire. Moi le forfait structure je le touche uniquement parce que je suis en MSP. Ceux qui ne sont pas en MSP, les cabinets, on va dire « classiques », même un regroupement médical ou même un pôle médical ne le touchent pas. Au niveau informatique, il faut se mettre à la page c'est sûr, mais il y a certains médecins qui ne sont pas du tout à l'aise avec ça donc on ne peut pas les pénaliser non plus. Je pense qu'il y a beaucoup de choses punitives qu'il faudrait enlever et vraiment axer sur le dépistage et prévention.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions ?

R : Je trouve ça triste qu'on soit influencé juste pour aller grappiller 250 euros par-là 500 par ci par an alors que l'on est des médecins. Ça peut influencer positivement, par exemple je suis très axé prévention, c'est vrai que quand la déléguée de l'Assurance Maladie est venue me dire que le dépistage du cancer colorectal et cancer du sein en faisaient partie, ça m'a rappelé que c'est très important et que même si les gens reçoivent un courrier à la maison, c'est aussi à moi de leur en parler. Grâce à ça, je leur en ai plus parlés. Ça c'est le point positif, mais encore une fois, je ne le fais pas pour avoir de l'argent. Je pense que ça a aussi un impact mais ça peut induire chez certains une peur de se dire qu'il faut absolument être dans les clous. Quand on est en face du patient on n'a pas à se préoccuper de la ROSP, faut qu'on se préoccupe de notre patient d'abord.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé, quelque chose sur la ROSP en plus qui te semble pertinent ?

R : Non, j'ai bien vidé mon sac. La ROSP n'évite pas l'abattage, ceux qui font de l'abattage vont gagner énormément d'argent, les 5000/6000/8000 euros par an ils s'en fichent. Si on veut valoriser ceux qui font de la bonne médecine, il faut le valoriser encore plus. Parce qu'effectivement, moi aujourd'hui, ça se voit, il y a médecin et médecin, il y en a c'est une catastrophe. Honnêtement, je n'aime pas cracher sur la figure des collègues mais il y en a franchement ce sont des catastrophes. Je pense que c'est aussi aux conseils de l'ordre des médecins d'avoir un pied là-dedans, pour être le garde-fou, et à sanctionner. Il y a des médecins qui devraient être rappelés à l'ordre parce qu'ils font des pratiques dangereuses. Récompenser ceux qui font du bon travail comme le système à la Suisse, mais le faire avec des forfaits opaques et mal calculés, c'est non.

Retranscription MT8

Q : Quel est votre point de vue concernant la ROSP ?

R : Je pense que ça a du sens de percevoir de rémunération complémentaire sur la façon dont on exerce et de fixer des objectifs. Je pense que ça a surtout du sens sur les critères organisationnels, sur les critères médicaux je trouve que les critères qui ont été mis en avant, les dernières années, n'ont pas toujours été pertinents. Il y a des évolutions souhaitables mais après sur le principe je trouve que c'est plutôt une bonne chose.

Q : Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Je pense qu'il y a deux choses : la nécessité d'apporter un complément de rémunération dans les négociations conventionnelles et puis une volonté de l'Assurance Maladie d'optimiser ses coûts.

Q : Que pensez-vous ce type de rémunération ?

R : Comme je le disais avant, je suis plutôt favorable à ce qu'il y ait une part de la rémunération qui repose sur des critères d'organisation et d'activité.

Q : Est-ce que vous pouvez me citer les premiers indicateurs de la ROSP qui vous viennent à l'esprit ?

R : Alors moi quand on parle de ROSP, je ne sais jamais si on compte le forfait structure ou pas. Donc moi, je pense déjà à l'informatique, la télétransmission. On peut inclure les forfaits de patientèle médecin traitant, il y a la maîtrise de stage dont on parlait. Puis après, des critères qui sont plus sur l'activité médicale, avec des objectifs de suivi que je n'ai pas trop en tête, enfin il y a le nombre d'hémoglobine glyquée chez les diabétiques, des suivis de dépistage de cancer du sein, cancer du colorectal. Je ne sais même plus lesquels sont dedans, mais voilà ce qu'il me vient à l'esprit.

Q : Qu'est-ce que vous pensez de ces indicateurs-là que vous avez cités ?

R : L'hémoglobine glyquée je trouve que ça peut se discuter parce que finalement, il y a des raisons d'avoir des chiffres qui ne sont pas bons, qui ne sont pas forcément liés à une mauvaise pratique. Je pense pareil sur les dépistages, même si le fait que ce soit rémunéré est incitatif. Après, sur les critères organisationnels, je pense que ça a particulièrement de sens de rémunérer les efforts d'informatisation parce qu'il y a les coûts derrière et puis sur la maîtrise de stage, c'est incitatif donc pour moi ça a du sens aussi.

Q : Comment est-ce vous êtes informé sur la ROSP ?

R : Le syndicat fait de l'information, l'URPS en fait, on en parle effectivement avec les collègues et puis on échange aussi avec la déléguée de l'Assurance Maladie.

Q : Selon vous, quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : Je pense que c'est très incitatif et quand on propose aux gens d'être rémunéré pour des choses, en général, ils fournissent des efforts pour toucher la rémunération. Donc, je pense que c'est un bon moyen d'orienter les pratiques dans une direction. Les faiblesses c'est qu'il faut choisir des critères pertinents et ce n'est pas toujours facile, et peut-être que les montants ne sont pas toujours incitatifs.

Q : D'après vous, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ? ça peut être la prise en charge médicale, ou la gestion du cabinet, le temps passé pour la prévention, les prescriptions génériques etc...

R : Je ne sais pas si c'est déterminant dans les choix qui sont faits par les médecins, je pense que ça valorise certains choix. Est-ce que ça change fondamentalement la pratique ? je ne pense pas, notamment sur les aspects vraiment médicaux de la prise en charge. Je ne pense pas que ça exerce une grande influence.

Q : Qui devrait être, selon vous, le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : En tout cas, de sortir d'un débat purement syndical avec l'Assurance Maladie, c'est peut-être bien, il a été évoqué d'impliquer davantage le collège de la médecine générale dedans. Mais pour autant, sur les aspects organisationnels, on parle quand même de répartir une enveloppe budgétaire et du coup, on ne peut pas sortir non plus complètement d'un dialogue entre le syndicat et l'Assurance Maladie, sur les côtés orientation des pratiques peut-être donner une place plus importante au collège de la médecine générale.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer vos pratiques ? (Secrétariat, matériel médical, logiciels, etc...)

R : Pas beaucoup, moi je ne pense pas que ça soit un encouragement à faire ces dépenses-là, je n'ai pas fait ces dépenses pour toucher la rémunération, je les ferai sans doute même si je ne touchais pas la rémunération. C'est quand même appréciable d'avoir un soutien là-dessus.

Q : Concernant les critères sur lesquels vous avez des indicateurs qui sont bas, comment avez-vous prévu de modifier vos pratiques ? et est-ce que vous avez prévu de les modifier ?

R : Non, pas vraiment, je dirai. Je prends note quand c'est bas. Il y avait peut-être sur l'alimentation du DMP, là j'ai remarqué que c'était bas, je me suis dit que j'allais peut-être faire un effort là-dessus. Sinon, je n'ai pas vraiment d'objectif de changement de mode de fonctionnement pour atteindre les objectifs.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quel est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : Ça énerve toujours quand les critères ne sont pas atteints, d'autant que les calculs ne sont pas toujours justes et je pense que ça, c'est très irritant notamment sur les arrêts de travail en ligne. Il y a eu des calculs qui étaient faux donc des critères non atteints pour les confrères. Ça, c'est très énervant, je pense que c'est surtout ça. Comme je disais, le fait qu'il y ait une carotte ça suscite quand même de l'intérêt et quand les objectifs ne sont pas atteints ça crée de l'énervement, surtout s'il y a une mauvaise réception des données, c'est encore plus frustrant, quand il y a une notion d'injustice.

Q : A votre avis, quel serait le système de rémunération qui serait le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Je pense que la ROSP, dans le sens où c'est une rémunération qui n'est pas à l'acte et qui rémunère l'organisation, on parlait des syndicats tout à l'heure, moi c'est quelque chose que mon syndicat défend et dans lequel je m'inscris que d'être rémunéré pour une typologie de patientèle, je pense que ça a vraiment du sens. Les objectifs cliniques j'y crois un peu moins, mais sur certains enjeux pourquoi pas. Ça serait plus pour favoriser la qualité des prises en charge, la qualité des locaux, favoriser aussi le fait de suivre pas mal de patient, de suivre des patients ALD, précaires, âgés, toute cette prise en charge où en fait ça implique beaucoup de temps en dehors des consultations et donc c'est un mode rémunération qui permet de valoriser cela. Ça permet d'encourager les médecins à prendre dans leur patientèle ces patients-là. C'est plutôt le forfait médecin traitant, le forfait structure, c'est plutôt ce côté qui me plaît. Le côté ROSP clinique ça n'est pas toujours pertinent et souvent c'est difficile parce qu'il y a des topologies de patientèle qui font que l'on va avoir plus de mal à atteindre certains critères du coup ça peut être pénalisant pour les confrères qui ont une qualité de pratique qui est très bonne. Je serai plus pour une rémunération sur la typologie de la patientèle et comme je disais sur les pratiques, pourquoi pas, on peut être, en

étant un peu plus fin, dans nos applications sur certains objectifs très précis, pourquoi pas mettre un peu de clinique mais je trouve que c'est difficile.

Q : Quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ?

R : Je pense qu'effectivement ça serait de développer la rémunération de la patientèle et d'en augmenter nettement le montant, je pense qu'on peut augmenter la part de rémunération qui repose là-dessus.

Q : Dans quelle mesure pensez-vous que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?

R : Oui, il y en a forcément une, mais j'en reste convaincu qu'elle est faible.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que nous n'avons pas abordé qui vous semble pertinent, quelque chose à rajouter sur la ROSP en général ou sur le système de rémunération des généralistes en France ?

R : Non.

Retranscription MT9

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : C'est bien. Disons que j'écoute ce que l'on me dit de faire et j'essaye d'appliquer cela.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de la ROSP ?

R : Il faut un guide, il faut des références, ça permet d'avoir des références. On n'est pas obligé de les respecter, mais c'est bien d'avoir des références.

Q : Quelle est l'influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Elle est bonne, c'est une influence positive.

Q : Peux-tu me citer les premiers indicateurs qui te viennent à l'esprit quand on parle de la ROSP ?

R : Les génériques, essayer de prescrire le plus de génériques. Essayer de moins prescrire d'IPP. Faire attention aux antibiotiques et savoir si on se situe dans la moyenne. Essayer de se rapprocher de la moyenne de ce que l'on fait en France. Voir les tableaux et les graphiques, et si on est en dehors d'un tableau voir pourquoi et de se remettre en cause.

Q : Que penses-tu de ces indicateurs-là ?

R : C'est bien et c'est utile à notre pratique, cela permet de savoir où l'on est, si on est hors ROSP ou si l'on est dans la ROSP. On n'est pas obligé de les respecter, moi je fais ce que je veux. Mais c'est un guide.

Q : Comment es-tu informé sur la ROSP ?

R : C'est la dame de la Sécurité Sociale qui vient, c'est tout. Elle me laisse des prospectus et je les regarde.

Q : Selon toi, quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : La force ce que l'on est une unité de prescription, que nous les médecins on agisse tous dans la même direction, c'est important pour prendre une population en charge, on est beaucoup plus crédible. Les limites, c'est qu'on ne peut pas toujours l'appliquer, parce qu'on est face à un patient et non pas à une masse de patient. De temps en temps on sort de la ROSP, mais on sait qu'on y sort donc c'est bien.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Très bon, il y a un impact, ça change, ça modifie mes prescriptions et ça me rassure dans le sens où je sais que ce que je prescris d'après les tableaux, je fais ce qu'il faut et je sais où je suis trop en dehors. Donc ça a un côté crédible, ça me rassure dans mon exercice. Ça me permet de me calibrer par rapport aux autres et de savoir si ma pratique est bonne finalement, si elle correspond à ce qu'il faut. De toute manière, je la compare toujours aux formations médicales que j'ai à droite ou à gauche, donc ce n'est pas forcément quelque chose que je respecte. Entre autres pour les anti-diabétiques, les sulfamides qu'il faudrait prescrire je ne le fais pas, parce que l'ensemble des endocrinologues disent qu'il faut laisser tomber. Il y a des choses que je ne fais pas.

Q : Qui devrait être, selon toi, les décideurs des indicateurs de la ROSP ?

R : Je m'en fous, je fais confiance, je pense que ce sont des médecins experts. Ce sont des médecins qui ont le temps de se pencher sur ce problème.

Q : Dans quelle mesure, les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : C'est assez sympathique quand la ROSP tombe, c'est quand même de l'argent en plus, ce n'est pas désagréable.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs qui sont bas, comment as-tu prévu de modifier et est-ce que tu as prévu de modifier tes pratiques ?

R : Quelques fois oui, quelques fois non, par exemple pour les sulfamides je n'ai absolument pas modifié, je ne suis pas les prescriptions et les recommandations des sulfamides. Je prescris les GPL. Je sais que je suis un peu hors norme de côté-là, je continue à introduire des l'Ozempic alors qu'il ne faudrait pas. Je sais que ce n'est pas bien mais il y a des choses que je ne respecte pas.

Q : Dans les discussions que tu as avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge de la ROSP ?

R : Négative, disons que c'est une pression, donc je pense que quand on est un jeune médecin peut-être qu'on ne supporte pas cette pression, quand on est un vieux médecin et qu'on regarde le travail qui est fait on ne peut pas être contre.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : La consultation à 50 euros. La ROSP est utile, il ne faut pas supprimer la ROSP, la ROSP je suis tout à fait d'accord pour qu'elle continue comme ça. La ROSP reste parce que c'est quelque chose d'utile. Augmenter la consultation, et cela permet d'être plus respecté par le patient.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP ?

R : Je leur laisse libre court de faire ce qu'ils veulent.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment ou consciemment dans nos décisions médicales ?

R : Oui ça influence, ça n'est pas la finance qui fait que je modifie ma prescription, ce sont simplement les connaissances que la ROSP m'amène.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé qui te semble important, quelque chose sur la ROSP, sur le système de santé et sa rémunération ?

R : On n'est pas assez payé, la consultation doit être revalorisée.

Retranscription MT10

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Je trouve que c'est bien conduit, je trouve que ce sont des indicateurs qui traitent de la pratique de la médecine et en particulier de la médecine générale. Après que ça découle sur un revenu complémentaire, ça montre l'intérêt de l'Assurance Maladie pour la médecine générale pour l'efficacité de la médecine générale, pour améliorer cette médecine générale et pour qu'elle réponde mieux aux besoins de la population et de toutes les populations. Point particulier pour la prévention, parce que beaucoup d'indicateurs traitent de la prévention en matière de médecine.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Je vais reprendre un peu ce que je disais, je disais que l'on doit rendre attentif les médecins traitants sur l'efficacité de leur pratique, ensuite sur la prévention, prévention qui permettrait de faire une bonne économie de santé. Je ne le prends pas du tout pour un contrôle. Je voulais dire que ça permet un bon contact avec l'Assurance Maladie à travers ses représentants et ses collaboratrices.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ce type de rémunération ?

R : Positivement, parce que c'est une rémunération complémentaire à notre activité, positive parce que c'est reconnaître l'importance de la médecine générale dans la prise en charge des soins de premier niveau dans le parcours de soin. C'est une juste rémunération aussi pour le temps passé qui n'est pas forcément du temps clinique.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers indicateurs qui te viennent à l'esprit concernant la ROSP ?

R : J'ai été impressionné par le bon usage des antibiotiques, par l'importance des examens biologiques bien conduits, notamment l'hémoglobine a1C chez le diabétique. La surveillance des facteurs nutritionnels, du poids, du développement staturo-pondéral chez les enfants.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ces indicateurs-là ?

R : Je pense que ces indicateurs sont importants, et dans la pratique, ils permettent une bonne pratique médicale y compris dans la prévention.

Q : Comment es-tu informé sur la ROSP ?

R : Il y a bien sûr le contact avec l'Assurance Maladie, la lecture des publications et des référentiels qu'ils nous envoient. Il y a surtout les échanges avec les confrères.

Q : Selon toi, quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : Les forces, j'en ai déjà parlé, je redirai l'efficacité de la pratique et prévention. Bonne pratique médicale pour une prévention. Aussi une économie de santé avec un bon usage des soins prescrits et des soins adaptés. La limite, c'est le droit de regard sur une médecine générale qui reste une médecine globale de l'être humain qui relève aussi de la pratique personnelle du médecin et de la particularité de chacun, qui fait que l'on ne peut pas mettre chacun dans un moule. On ne peut pas standardiser le patient.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Il y a un impact fort, moi ça m'a beaucoup aidé pour rester attentif et m'informer davantage, regarder les référentiels de l'Assurance Maladie et être efficace dans la prescription.

Q : Selon toi, qui devrait être le décideur des indicateurs de la ROSP ?

R : J'en ai parlé un petit peu tout à l'heure, je pense qu'il faudrait que ce soit l'union entre les praticiens et la caisse primaire de l'Assurance Maladie, je pense qu'il faut que nos représentants en médecine générale et la caisse établissent les référentiels.

Q : Dans quelle mesure les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Je fais des dépenses supplémentaires en matériel informatique, des dépenses supplémentaires en ouvrage de lecture, surtout axées à l'information. Des dépenses en matière d'accès à l'information et à la connaissance.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs qui sont bas, comment as-tu prévu de modifier les pratiques ? et est-ce que tu as prévu de modifier les pratiques ?

R : Oui, je tiens compte de la ROSP qui nous situe par rapport à la pratique locale, locaux-régional et par rapport aux profils identiques de généralistes. J'en tiens compte dans ma pratique quotidienne, surtout dans le sens de la prescription et dans la justesse de la prescription. Je pense aux actes de biologies, par exemple ou je peux être plus précis, plus fin, un peu moins exhaustif que j'ai déjà été.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : J'ai retenu deux points de vue que l'on retrouve souvent, les premiers sont fâchés qu'on objective leurs pratiques et qu'ils doivent se découvrir sur leur réflexion intellectuelle quant à la pratique en matière de prescription. Les seconds sont plutôt favorables, parce qu'ils se disent, comme moi, que l'Assurance Maladie a un plan économique, il y a une efficience et un résultat à obtenir en matière de médecine générale et donc il faut appuyer sur les bonnes pratiques et les préventions.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Après réflexion et ouverture sur l'Europe et les pays voisins, dont on peut dire que la population active, la population retraitée, la population jeune des enfants constituent à peu près une population de même type, moi je reconnaitrai surtout que la consultation devrait être revalorisée fortement. Après que la ROSP constitue une rémunération dite complémentaire dans le cadre d'une performance à prescription, un système de prime à la bonne pratique ça ne me dérangerait pas, mais je pense qu'il faut surtout appuyer sur la valeur de la consultation de base. Parce que celle-ci permettrait de ne pas dévaloriser, comme c'est le cas actuellement, notamment pour la personne malade âgée dans le parcours de soin, le généraliste est relativement mal payé. Même s'il y a la consultation longue, la consultation de sortie d'hôpital, une fois par an la consultation ALD etc... on a déjà fait des progrès mais il faut encore en faire pour que la consultation de base soit revalorisée.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent-elles être ajoutées à la ROSP ?

R : Vu mon âge et ma pratique, vu l'avancée en âge de ma patientèle, surtout la pratique de ville en matière de psychologie psychiatrique, les actes de suivi de diagnostic de l'ensemble des affections psychiatriques, ça c'est aujourd'hui primordial à mon sens.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment ou consciemment dans nos décisions médicales ?

R : Toujours les deux groupes, ceux qui sont fâchés décident qu'ils n'y pensent pas et qu'ils feront toujours comme ils ont appris et compris, et comme ils pratiquent en fonction de leur pratique avérée. Et puis le deuxième groupe est fortement influencé par tout ce qu'en information on peut en retirer pour une meilleure pratique, parce qu'ils pensent que c'est améliorable.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé que te semble important ? quelque chose en plus sur la ROSP et l'état de santé en général ?

R : Pour moi, le plus important c'est la communication de génération, c'est la formation des jeunes médecins en fin d'études, c'est l'accueil dans les structures ouvertes et communes comme la maison de santé. Ça a une valeur aussi et que je pense qu'en matière de ROSP on peut aussi trouver un item quant au temps passé et quant au temps consacré à la formation et à la communication entre les générations dans le cadre de la formation des jeunes internes. Ça serait rajouté quelque chose comme accueillir des médecins débutants.

Retranscription MT11

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Ça ne m'intéresse pas, je ne trouve pas ça normal. Quand ça s'est mis en place je trouvais ça scandaleux parce que moi je n'ai pas besoin de ça pour bien travailler. C'est vraiment nous prendre pour des cons et nous filer de l'argent pour bien faire les choses. Donc je trouve que ça n'était pas respectueux pour nous.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence de ce paiement à la performance ?

R : Je n'en sais rien, je ne sais pas.

Q : Que penses-tu de ce type de rémunération ?

R : J'en pense que ça n'est pas bien parce que ce sont des trucs où on ne sait pas d'où sortent les chiffres, tout ce qui est déclaratif tu peux mettre ce que tu veux ils s'en fichent. Ensuite, tout ce qui n'est pas déclaratif ils te mettent des chiffres, tu ne sais pas d'où ça sort et il y a des indicateurs, comme moi je sais que pour le ROR, ils me disaient que les enfants de ma patientèle n'avaient pas tous eu le ROR et franchement c'est quasiment impossible car je suis très à cheval là-dessus. Donc il y a quand même des chiffres qui sont assez discutables, et je ne sais pas comment ils savent si ça a été fait ou pas fait. Je trouve cela très bizarre, il y a un manque de transparence et des chiffres qui sont pour moi très discutables.

Q : Selon toi, quelle est l'influence de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Pour moi il n'y en a pas.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers indicateurs de la ROSP qui te viennent à l'esprit ?

R : Il y a le dosage de l'hémoglobine glyquée, de TSH, les mammographies et les vaccinations.

Q : Que penses-tu du choix de ces indicateurs-là ?

R : Je m'en fiche moi. Je ne travaille pas par rapport à ça, car j'estime que l'on a appris, on a fait des études, c'est sur ça que l'on doit se baser pour bien travailler, je n'ai pas besoin de la ROSP pour me dire comment bien travailler. Je ne trouve pas ça normal. Je ne travaille pas pour avoir de l'argent, je travaille pour bien soigner les gens, donc je ne trouve pas ça normal. Il y a certaines choses ça n'est pas de ma volonté, la vaccination de la grippe ou la mammographie, j'informe les gens, maintenant s'ils ne veulent pas ils ne veulent pas. Je ne vais pas les forcer et les prendre par la main pour qu'ils fassent les choses. Mon rôle c'est de délivrer une information, de leur expliquer et ça je le fais, qu'il y ait la ROSP ou pas la ROSP. Après tu es pénalisée parce que tes patients ne veulent pas le faire alors que tu as fait ton travail toi. Après tu ne peux pas convaincre tout le monde, il faut respecter les convictions des gens. Ce sont des choses qui me choquent un peu. Il y a aussi les benzodiazépines, ça peut amener à sélectionner des patients. J'ai tout un lot de patients à la maison relais qui sont tous alcoolo-tabagiques avec des pathologies psychiatriques, les benzodiazépines je ne vais pas leur arrêter, ils ont des benzodiazépines depuis plus de trois mois, ça me pourrit mes chiffres. Alors après, tu vas te dire « oh bah non je ne vais pas prendre ces patients-là parce qu'ils pourrissent mes chiffres et je ne vais pas avoir mes points », tu vois il y a un côté pervers aussi de cette ROSP, je ne trouve pas ça terrible. Ça ne m'influence pas moi, mais si tu veux il y a la ROSP mais après il y a les délégués de l'Assurance Maladie qui viennent te voir avec des chiffres qui peuvent reprendre la ROSP et ça me fait bondir quand elle me dit « ça et ça, ça ne va pas », moi je ne travaille pas pour être bien dans mes chiffres, mais je travaille pour bien soigner mes patients. Ça n'est pas du tout la même chose.

Q : Comment es-tu informée sur la ROSP ?

R : Ils ont mis ça en place en 2011, je prends ça à la volée, la déléguée de l'Assurance Maladie quand elle vient, elle me dit juste quelques chiffres et encore je la vois très peu. Donc, on a très peu d'informations là-dessus. De toute façon quand elle vient c'est juste en fin d'année, l'année est écoulée et est déjà faite la ROSP.

Q : Quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : Pour les forces, je n'en vois pas, parce que moi je pense qu'on est médecin et qu'on est suffisamment informés pour savoir comment soigner nos patients, c'est notre rôle de généraliste de faire de la prévention. Donc tout ça, moi je trouve que ça n'a pas de sens. L'autre chose, les limites, c'est ce que j'ai déjà dit, sur les dosages je sais que je n'étais pas dans les clous sur l'albuminurie parce que je devais prescrire des micro-albuminuries et du coup eux ils comptaient albuminurie, donc tu n'as pas tes points alors que tu as fait ta recherche. Donc il y a parfois des jeux de langage sur les recherches.

Q : D'après toi, est-ce que la ROSP a un impact sur la qualité de la prise en charge ?

R : Non, parce que moi je suis la génération où l'informatique était déjà dans les cabinets. Après ça a été négocié avec les syndicats et c'était une façon de ne pas revaloriser la consultation donc ils ont mis la ROSP pour faire passer l'informatisation et les feuilles de soins. Mais non, ça n'influe pas du tout le côté gestion du cabinet et après sur la prescription ça ne m'influe pas non plus.

Q : Qui devrait être, selon toi, les décideurs des indicateurs de la ROSP ?

R : Moi je ne suis pas pour, donc je pense que l'on devrait avoir des consultations mieux payées et supprimer la ROSP.

Q : Dans quelle mesure, les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Non, au début je voulais refuser mais je n'ai pas pu refuser en 2011 parce que j'étais en congé maternité quand c'est sorti et j'ai raté le moment où l'on pouvait refuser au début. Après j'en ai discuté avec mes collègues du cabinet qui m'ont dit « si tu peux avoir des sous, prends les sous ». Donc j'en suis restée là, je jette un coup d'œil de temps en temps à la fin de l'année et je trouve toujours ça assez scandaleux.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs bas, est-ce que tu as prévu de modifier les pratiques ou pas du tout ?

R : Non, après globalement je crois que je ne suis pas trop mal dans la ROSP.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : Je ne sais pas, je n'en parle pas trop en fait.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Je ne suis pas contre un paiement forfaitaire mais pas sur des indicateurs qui sont discutables et obscurs, on ne sait pas comment ils se basent pour ça. Il y a des trucs débiles aussi, sur la TSH et le dosage du diabète, je crois qu'il y a deux dosages ou un dosage au moins isolé chez le patient diabétique. Je ne vais pas dire « un jour vous faites la TSH et l'autre l'hémoglobine glyquée » pour que cela rentre dans ma ROSP. Il y avait des trucs comme ça pendant un temps, je ne sais pas si c'est toujours le cas. C'est obscur, tu ne sais pas comment ils collectent les informations, le point de départ il est mauvais. On est au courant de rien en fait et après je suis quand même plus pour qu'on soit valorisé dans notre acte, qu'on valorise notre travail de médecin généraliste effectivement, parce que ça nous permet de nous démarquer de ceux qui font de la médecine aiguë. Je ne sais pas si dans les CSNP ou SOS ils ont la ROSP nous ça nous permet peut-être de valoriser notre travail de médecin traitant enfin là il faudrait la revaloriser autrement pas par la ROSP. Je pense que la rémunération à l'acte est pas mal, est-ce qu'il faut partir sur le package patientèle. Si tu veux l'avantage du libéral, c'est que l'on travaille le temps que l'on veut, donc c'est-à-dire que si l'on a un budget global par rapport à ta patientèle ce n'est pas logique par rapport à celui qui va faire 70h/semaine et celui qui va faire 35h.

Q : Selon toi, quelles améliorations peuvent-elles être ajoutées à la ROSP ?

R : Je n'ai pas d'améliorations à proposer. En fait, on nous a appris à bien travailler, on nous a appris des choses donc je trouve ça ridicule que l'on nous donne un bon point comme à l'école et j'ai une bonne note parce que j'ai bien travaillé. Mais moi ça n'est pas ça que je recherche. Je ne cherche pas en financier, je travaille bien pour la santé des gens, c'est normal que je gagne ma vie mais je trouve que c'est une récompense financière qui est très infantilissante. C'est un système que je n'aime pas, je n'aime pas être infantilisée.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?

R : Non, parce que je suis à peine au courant des indicateurs, je les regarde en fin d'année passée quand je jette un coup d'œil car il y a quand même des choses à remplir et à checker. Mais pour ma part, non je ne pense pas

que ça va m'influencer, ce qui va m'influencer ce sont les nouvelles recommandations, c'est les lectures et les formations, ce n'est pas la ROSP qui va m'influencer dans ma pratique.

Q : Est-ce qu'il y a un thème qui te semble que l'on n'a pas abordé ?

R : Le système se casse la figure, c'est assez dramatique et en médecine générale on est de moins en moins valorisé. Nous au cabinet, on a de moins en moins de médecine aiguë parce que les gens ne viennent plus vers nous en première intention mais vont plutôt vers des CSNP ou SOS Médecins, et nous on arrive après. Ils nous sollicitent après et on fait que de la prise en charge chronique. Pour ma part, j'essaie de les voir moins souvent donc ça fait tous les 6 mois pour la plupart, ça fait des consultations qui sont bien plus longues, c'est des consultations qui sont longues et il y a plein de choses à checker et à 26,5 la consultation tu as vraiment l'impression de travailler pour pas grand-chose, de ne pas être valorisé. Et au-delà de ça, on a le sentiment de ne pas être valorisé parce qu'on entend qu'on ne veut jamais travailler, qu'on a plus de place. Les soins se dégradent et les délais s'allongent de plus en plus. Tout ça, ça démotive.

Retranscription MT12

Q : Quel est ton point de vue concernant la ROSP ?

R : Favorable, c'est bien. Si je peux être rémunérée en travaillant selon les objectifs et selon les recommandations, moi ça me va.

Q : Selon toi, quelles sont les raisons qui expliquent l'existence ce paiement à la performance ?

R : Faire mieux, être plus attentif à ce que l'on fait.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ce type de rémunération-là ?

R : Oui c'est plutôt bien, ça peut arrondir un peu. C'est sûr qu'on aimerait plutôt que la consultation soit bien valorisée mais bon ça arrondit quand même, ça sert quand même.

Q : Est-ce que tu peux me citer les premiers indicateurs de la ROSP qui te viennent à l'esprit ?

R : Le nombre médecin traitant enfant et adulte, diabète HB1C avec l'hémoglobine glyquée, le nombre de la patientèle (forfait médecin traitant). Je fais tout avec la dame de la CPAM, donc elle m'aide et honnêtement chaque année on a peu près la même chose. Je pense que c'est la structure et le fait d'être en groupe le forfait médecin traitant.

Q : Qu'est-ce que tu penses de ces indicateurs-là ?

R : L'hémoglobine glyquée, combien de fois tu le fais, combien tu mets de traitement par statine, oui c'est bien. Je pense que c'est bien.

Q : Comment est-ce que tu es informée sur la ROSP ?

R : Oui c'est la dame qui vient de la Sécurité Sociale et elle me parle de mes indicateurs que je dépasse assez souvent. Là dernièrement elle m'a dit que je prescrivais trop de Fresubin, de compléments nutritionnels. Elle vient tous les ans et on fait la ROSP ensemble.

Q : Quelles sont les forces et les limites de la ROSP ?

R : Les forces, ça ne m'influence pas plus que ça, ça ne me fait pas vraiment changer, c'est un plus. Comme je t'ai dit, vu que la consultation n'augmente pas vraiment, c'est une façon qu'ils ont trouvé de te motiver, c'est une espèce de motivation à bien travailler. Les ROSP c'est un peu ce qu'il faudrait faire, on t'incite à faire les hémoglobines glyquées, à faire les bons traitements, à mettre moins d'antibiotiques. Les limites, c'est chez les enfants faire des tests visuels ou auditifs, quand on n'a pas le matériel, c'est compliqué. Je le fais avec des petits jeux. Les ROSP, tu regardes une fois par an ce qu'il faut faire mais c'est vite oublié, c'est un peu ça aussi la limite.

Q : D'après toi, quel est l'impact de la ROSP sur la qualité de la prise en charge ?

R : Pour moi, personnellement je ne fais pas attention à la ROSP. Il y a un impact peut-être une fois que la dame de la Sécurité Sociale vient, il y en a un peut-être quelques jours mais après je fais selon ce que je pense être bien.

Q : Qui devrait être, selon toi, les décideurs des indicateurs de la ROSP ?

R : Plutôt les médecins, des médecins qui réfléchissent ensemble.

Q : Dans quelle mesure, les gains obtenus grâce à la ROSP ont contribué à améliorer tes pratiques ?

R : Ça n'a pas amélioré, ça n'a pas changé quoi que ce soit.

Q : Concernant les critères sur lesquels tu as des indicateurs bas, comment as-tu prévu de modifier tes pratiques ? ou as-tu prévu de les modifier ?

R : Pour les diabétiques, peut-être faire des ordonnances en avance à renouveler tous les trois ou quatre mois, quitte à préparer des ordonnances un peu en avance.

Q : Dans les discussions avec les confrères, quelle est l'opinion générale qui émerge le plus concernant la ROSP ?

R : On n'en discute pas vraiment, je n'ai pas de discussion avec eux concernant la ROSP.

Q : A ton avis, quel serait le système de rémunération qui te paraît le plus adapté à l'exercice de la médecine générale ?

R : Une augmentation du tarif de la consultation et surtout des visites. Une tarification à l'acte.

Q : Quelles améliorations peuvent être ajoutées à la ROSP selon toi ?

R : Les médecins traitants je ne vois pas trop l'utilité, ça serait à enlever. Parfois c'est aussi dur en fonction de ta patientèle, tu as parfois une patientèle âgée. Peut-être juste enlever pour les enfants, je n'y pense jamais donc je ne le fais pas.

Q : Dans quelle mesure penses-tu que la ROSP nous influence inconsciemment dans nos décisions médicales ?

R : Je n'ai pas l'impression que ça influence, moi personnellement je n'ai pas l'impression que ça m'influence. C'est selon mes convictions sur la vaccination, sur la prévention, les vaccins, sur les cancers du col j'essaye quand j'ai le temps de demander, mais la mammographie j'essaye de le faire. Peut-être que c'est une petite incitation en plus pour la prévention. Pour demander pendant les consultations, l'âge (25-45ans), y penser plus. Prescrire moins de psychotropes, ça ce n'est pas évident de changer.

Q : Est-ce qu'il y a un thème que l'on n'a pas abordé qui te semble important ?

R : Non pas vraiment. Je considère que c'est en place donc autant en bénéficier. C'est des bonnes pratiques que l'on devrait tous suivre je pense, par exemple prescrire moins d'antibiotiques. La prévention du cancer du sein et col de l'utérus moi je trouve ça bien, les autos-prélèvements, HPV, c'est bien aussi. Après il n'y a pas de formation, il te donne des documents que tu ne lis pas, il faudrait peut-être plus de précision.

RÉFÉRENCES

1. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour le médecin [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>. Consulté le 22 oct 2024
2. Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. Health Policy. 2016;120(10):1125-1140.
3. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. Am J Manag Care. 2009;15(10 Suppl):S300-305.
4. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effets de la rémunération au mérite sur la qualité des soins primaires en Angleterre [En ligne]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19625717/>. Consulté le 22 oct 2024.
5. Continue FM. Ordre des Médecins: Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [En ligne]. FMC DINAN. <http://www.fmcdinan.org/article-ordre-des-medecins-commentaires-sur-la-convention-nationale-organisant-les-rapports-entre-les-mede-84763681.html>. Consulté le 22 oct 2024.
6. ANDRIANTSEHENO HARINALA Lanja. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [En ligne]. Thèse de médecine. Université Montpellier 1; 2014. Consulté le 22 oct 2024.

7. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : une nouvelle dynamique pour améliorer la qualité des soins [En ligne]. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2017-04-24-dp-rosp-nouvelle-convention-medicale.pdf>. Consulté le 23 oct 2024

8. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif [En ligne]. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2017-04-24-dp-rosp-nouvelle-convention-medicale>. Consulté le 23 oct 2024

9. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 : bilan à 1 an du nouveau dispositif [En ligne]. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2019-04-25-dp-remuneration-objectifs-sante-publique-2017>. Consulté le 23 oct 2024.

10. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour l'année 2022: des indicateurs en progression dans leur majorité, une rémunération moyenne versée stable pour les médecins généralistes et en hausse pour les spécialistes [En ligne]. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-04-28-cp-rosp-2022>. Consulté le 23 oct 2024.

11. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. ROSP et forfait structure 2023 : une rémunération moyenne en augmentation de 2,5% [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-et-forfait-structure-2023-une-remuneration-moyenne-en-augmentation-de-25>. Consulté le 23 oct 2024.

12. Dobigny A. Comment est structurée la rémunération du médecin généraliste en France [Thèse de doctorat en ligne]. Tours : Université de Tours ; 2018 [cité le 30 déc 2024]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_DobignyAudrey.pdf

13. OmniPrat. Forfait patientèle médecin traitant - Aide à la cotation [En ligne]. <https://omniprat.org/fiches-pratiques/autres-actes/forfait-patientele-medecin-traitant/>. Consulté le 30 déc 2024.
14. MG France. Tout, vous saurez tout sur les forfaits [En ligne]. <https://www.mgfrance.org/actualites/publication/tout-vous-saurez-tout-sur-les-forfaits>. Consulté le 30 déc 2024.
15. Lui Président. Rémunération forfaitaire des médecins | Promesse tenue de François Hollande | Lui Président [En ligne]. <https://www.luipresident.fr/francois-hollande/engagement/remuneration-forfaitaire-des-medecins-135/>. Consulté le 6 janv 2025.
16. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Le forfait patientèle médecin traitant [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>. Consulté le 30 déc 2024.
17. Le Quotidien du Médecin. Forfait patientèle médecin traitant : la Cnam met 100 millions d'euros sur la table des négos [En ligne]. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/forfait-patientele-medecin-traitant-la-cnam-met-100-millions-deuros-sur-la-table-des-negos>. Consulté le 30 déc 2024.
18. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure [En ligne]. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>. Consulté le 24 oct 2024.
19. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Note méthodologique Forfait structure 2023 [En ligne]. <https://ess-argos.fr/wp-content/uploads/2024/02/Note-methodologique-Forfait-structure-2023.pdf>. Consulté le 24 oct 2024.
20. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Guide méthodologique Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). 2023.

21. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Guide méthodologique forfait structure 2022 [En ligne]. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Guide-methodologique-forfait-structure-2022.pdf>. Consulté le 23 oct 2024.

22. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2022 [En ligne]. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-04-28-cp-rosp-2022>. Consulté le 23 oct 2024.

23. Le Quotidien du Médecin. ROSP 2023 : 5 185 euros par généraliste (+1,4 %), la prévention toujours à la peine [En ligne]. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/honoraires/rosp-2023-5-185-euros-par-generaliste-14-la-prevention-toujours-la-peine>. Consulté le 30 déc 2024.

24. Bonin S. ROSP et forfait structure 2023 : 9324 euros en moyenne par médecin généraliste [En ligne]. Egora. <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/rosp-et-forfait-structure-2023-9324-euros-en-moyenne-par-medecin-generaliste>. Consulté le 30 déc 2024.

25. Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins [En ligne]. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-2015-UNE_COMPARAIION_INTERNATIONALE_DES_PAIEMENTS_A_LA_PERFORMANCE_DES_MEDECINS.pdf. Consulté le 22 oct 2024.

26. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé [En ligne]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de>. Consulté le 22 oct 2024.

27. Claude G. Étude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse [En ligne]. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative/>. Publié le 22 oct 2019. Consulté le 23 oct 2024.
28. Claude G. Méthodes inductives et déductives : définition, méthodologie et exemples [En ligne]. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>. Publié le 15 janv 2020. Consulté le 24 oct 2024.
29. Chho C. Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) [Thèse de doctorat en médecine] 2015 [cité le 2 janv 2025]. Disponible sur : <https://www.sfmfg.fr/theses/detail/les-changements-comportementaux-induits-par-la-remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique-rosp>
30. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse de médecine]. Université de Rouen ; 2014 [cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01081665>
31. Coissc Loix, Merviel Nicolas, Picard Antoine. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? [Thèse de médecine] Université d'Angers; [2016][cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127067/2016MCEM6807/fichier/6807F.pdf>.
32. TALBOT R, PINARD S. La ROSP ne convainc décidément pas ! [En ligne]. Fédération des Médecins de France. <https://www.fmfpro.org/la-rosp-ne-convainc-decidement-pas.html>. Consulté le 2 janv 2025.
33. Caducee.net. ROSP : les médecins largement insatisfaits [En ligne]. <https://www.caducee.net/actualite-medicale/14421/rosp-les-medecins-largement-insatisfaits.html>. Consulté le 2 janv 2025.

34. SOURDET Laura. Perception de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure par les médecins généralistes conventionnés [Thèse de médecine] Université de Reims ; 2024 [cité le 2 janv 2025].
35. Assemat L. Quel est l'avis des médecins généralistes sur la ROSP un an après sa mise en place et comment évolue-t-il trois ans plus tard ? [Thèse de médecine] Université de Paris ; 2013. [cité le 2 janv 2025].
36. Payerne A, Valat L. Facteurs modifiant les pratiques des médecins généralistes suite à l'introduction de la rémunération sur objectif de santé publique du médecin traitant de l'enfant en 2017 : étude qualitative en Rhône-Alpes [Thèse de médecine] Université Grenoble Alpes ; 2020 [cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02975181>
37. Soussain O. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : ça marche ? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique [Thèse de médecine]. [Fort-de-France] : Université des Antilles ; 2018 [cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962708>
38. Bonnard N. État des lieux des indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique chez les médecins généralistes picards [Thèse de médecine]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne ; 2023 [cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04579059v1/document>
39. Le Quotidien du Médecin. Le patron de la CNAM à l'offensive sur tous les fronts [En ligne]. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/le-patron-de-la-cnam-loffensive-sur-tous-les-fronts>. Consulté le 2 janv 2025.

40. DREES. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers [En ligne]. Études et Résultats. 2014;(873). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-generalistes-face-au-paiement-la-performance-et-la>. Consulté le 2 janv 2025.
41. ANSM. Nos missions- Médicaments biosimilaires [En ligne]. <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/medicaments-biosimilaires>. Consulté le 2 janv 2025.
42. DREES. Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion [En ligne]. Études et Résultats. 2019;(1123). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/medicaments-biosimilaires-lhopital-premier-vecteur-de-leur-diffusion>. Consulté le 2 janv 2025.
43. Perroy-Le Bleis M. Intérêt d'un biosimilaire de l'insuline glargine en diabétologie, 5 ans après la mise sur le marché en France du 1er biosimilaire, Abasaglar®, l'insuline glargine Lilly [Thèse de pharmacie] Université de Bordeaux ; 2021 [cité le 2 janv 2025].
44. Dunet B. Quelle est l'influence de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse de médecine] Université d'Angers ; 2015 [cité le 2 janv 2025]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117147/2015mcm5154/fichier/5154f.pdf>
45. Safon M.O., Suhard V. La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs et leurs évaluations [En ligne]. Paris : Irdes ; 2018. (Synthèses & Bibliographies). <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-pertinence-de-soins-en-france.pdf>. Consulté le 2 janv 2025.

46. Colineau-Méneau A, Neveur M-A, Beucher A, Hitoto H, Dagorne C, Dubin J, et al. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez l'enfant. Application des recommandations chez les médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Santé Publique*. 2008;20(3):259-270
47. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS) Grand Est. Les aides à l'installation [En ligne]. <https://www.grand-est.paps.sante.fr/les-aides-linstallation-2>. Consulté le 31 déc 2024.
48. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Les zones sous-denses en médecins [En ligne]. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>. Consulté le 31 déc 2024.
49. RecoMédicales. Nombre de médecins généralistes en activité en France en 2023 [En ligne]. <https://recomedicales.fr/articles/nombre-medecins-activite-france/>. Publié le 9 avr 2023. Consulté le 30 déc 2024.
50. Saint-Lary O. Paiement à la performance et soins primaires : Étude des tensions éthiques liées à son introduction [Thèse de doctorat en éthique médicale]. Paris : Université Paris Descartes ; 2014 [cité le 31 déc 2024]. Disponible sur : <https://u-paris.fr/theses/detail-dune-these/>
51. Universalis E. Désirabilité sociale [En ligne]. Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/desirabilite-sociale/>. Consulté le 7 janv 2025.
52. Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [En ligne]. *Journal officiel de la République française*, 21 juin 2024 [cité le 23 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049757919>

53. Previssima. Médecins libéraux : mise en place d'un nouveau Forfait médecin traitant (FMT) dès 2026, à quoi vous attendre ? [En ligne]. <https://www.previssima.fr/actualite/medecins-liberaux-mise-en-place-dun-nouveau-forfait-medecin-traitant-fmt-des-2026-a-quoi-vous-attendre.html>. Publié le 6 juin 2024.

Consulté le 30 déc 2024.

54. G_NIUS. Forfait structure [En ligne]. <https://gni.us.esante.gouv.fr/fr/financements/fiches-remboursement/forfait-structure>.

Publié le 18 nov 2024. Consulté le 6 janv 2025.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : Seyhli Prénom : Houssam - Eddine

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Mulhouse, le 16/01/25

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RESUMÉ

Introduction :

Les négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les Syndicats Médicaux ont donné naissance à un type de rémunération forfaitaire qui a été instauré en 2012 : la Rémunération sur Objectif de Santé Publique – ROSP.

La ROSP fait suite au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) qui lui a été mis en place en 2009. La ROSP est un dispositif de paiement à la performance qui concerne essentiellement les médecins généralistes.

L'objectif de l'étude est de recueillir les pratiques des médecins généralistes concernant la ROSP.

Matériel et Méthode : Nous avons conduit une étude qualitative, descriptive, par l'intermédiaire d'entretiens semi dirigés menés auprès de 12 médecins généralistes en Alsace, exerçants seul ou en association.

Résultats : Les médecins généralistes ont un avis majoritairement mitigé sur la ROSP. Ils estiment que la ROSP a peu d'impact sur la qualité des prises en charge. Les indicateurs sont perçus comme non pertinents. Les médecins mettent surtout en avant le bénéfice financier que leur apporte la ROSP. Ils déplorent une opacité du recueil des données et des calculs douteux.

Certains estiment que la raison du choix des indicateurs est purement économique.

Cependant, la plupart des médecins sont favorables aux indicateurs concernant la prévention et le dépistage.

Conclusion : Les médecins estiment que la ROSP n'impacte pas leur prise en charge.

Certains indicateurs sont appréciés, il s'agit des indicateurs de prévention et de dépistage.

La nouvelle convention médicale, en supprimant la ROSP, accorde une place plus importante au Forfait Médecin Traitant.

Rubrique de classement : Thèse, médecine générale

Mots clés : Médecins généralistes ; Paiement à la performance ; Rémunération sur Objectif de Santé Publique ; ROSP

Président : Professeur BILBAULT Pascal

Directeur : Professeure SANSELME Anne-Elisabeth

Assesseurs : Docteur HADDAD Abdelouahab

Adresse de l'auteur : 8 rue Thiers, 68100 Mulhouse