



## **Une ROSP pour tous en Médecine générale Des nouveaux modes de rémunérations à faire émerger**

### **Introduction**

En 2015, Le Collège de la Médecine Générale lors d'un Conseil d'administration, suite à la demande initiale des syndicats, a validé le principe d'une réflexion sur une évolution de la ROSP. Ce document fait un état des lieux et des propositions sur les bases des travaux, écrits et productions déjà existants.

Parallèlement une demande orale de Monsieur Nicolas REVEL, Directeur Général de la CNAMTS, a été formulée pour que le Collège propose un document factuel sur le thème « C'est quoi une ROSP pour le Collège de la Médecine Générale ? ».

Enfin, une demande écrite de Madame la Ministre de la Santé est venue renforcer nos intentions.

La démarche de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) a fait la preuve de son utilité tant en terme d'amélioration des pratiques, de prise en compte de l'environnement organisationnel que d'évolution de la rémunération du médecin traitant.

A la 4<sup>ème</sup> année d'application, l'absence d'une évolution continue pendant son application n'a pas permis de poursuivre une dynamique à laquelle les médecins ont adhéré.

Le Collège de Médecine Générale dans ses propositions ne peut tenir compte de la possibilité des recueils de données par l'Assurance Maladie.

## 1. Contexte, état des lieux et analyses

Préalablement il est bon de rappeler les éléments de la ROSP de 2011 :

### Cinq indicateurs d'organisation du cabinet et de la qualité de service

- Tenue d'un dossier médical informatisé comprenant les données de suivi cliniques prises en compte dans les indicateurs déclaratifs de pratique clinique (TA, résultat du dosage HbA1c et LDL cholestérol).
- Information des patients sur les plages horaires et consultation : les médecins devront afficher les horaires et modalités d'organisation dans leur cabinet et sur le site Ameli, afin de faciliter l'accès aux patients.
- Utilisation des logiciels d'aide à la prescription certifiés par la Haute Autorité de Santé : il est indispensable pour le médecin de posséder un logiciel médical devant répondre totalement à l'objectif de coordination des soins entre les différents acteurs et devant garantir la confidentialité des informations médicales des patients. Il doit également fournir les outils nécessaires sur le plan de la prévention, sur le suivi des pathologies chroniques et sur le suivi des indicateurs de bonne pratique.
- Equipement informatique pour télétransmettre et utiliser les télé services : afin de bénéficier de la rémunération sur ses objectifs d'organisation, le médecin doit disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins en version 1.40 et atteindre un taux de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins. Il s'agit d'un dispositif déclaratif, le médecin doit donc tenir à disposition (de la CNAMTS) tous les justificatifs correspondants
- Réservé aux médecins traitants : élaboration à partir du dossier informatisé d'une synthèse annuelle: le médecin traitant doit élaborer une synthèse annuelle à partir du dossier informatisé des patients.

### Neuf indicateurs cliniques

Indicateurs de la pratique médicale, pour le suivi et la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2 et l'HTA dont :

- 6 indicateurs de suivi : fréquence du dosage de l'HB A1C dans l'année, fond de l'œil tous les 2 ans, traitement des patients diabétiques à haut risque vasculaire (statines et aspirine à faible dose, antihypertenseurs)
- 3 indicateurs de résultats (déclaratif) : normalisation des chiffres tensionnels, normalisation des chiffres d'HB A1C avec 2 niveaux ( $\leq 8,5\%$  et  $\leq 7,5\%$ ), normalisation du LDL cholestérol chez les diabétiques avec 2 niveaux ( $\leq 1,5$  et  $\leq 1,3$ ).

### Huit indicateurs de prévention et de santé publique

Indicateurs de la pratique médicale, portant sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, la prescription de vasodilatateurs et des benzodiazépines chez les personnes âgées, la vaccination antigrippale, le volume de prescription des antibiotiques (hors ALD et âges extrêmes).

### Sept indicateurs concernant l'efficience

Ils concernent la prescription dans le répertoire générique pour les IPP, les antibiotiques, les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les statines, et également la prescription des IEC et sartans et l'aspirine en faible dose en qualité d'antiagrégant plaquettaire.

**L'analyse des éléments de la ROSP en vigueur permet de mettre en évidence des points positifs et des points d'améliorations et d'évolution souhaitables.**

**Points positifs :**

- la pertinence de la démarche de ROSP, ouverte à tous les médecins spécialistes en médecine générale,
- le caractère incitatif pour une évolution des pratiques,
- la modification de comportements, qui s'est d'ailleurs manifestée rapidement sur les items organisationnels (utilisation de logiciels médicaux labélisés),
- l'apport de ressources supplémentaires non liées à l'acte répondant à une demande de diversification des rémunérations,
- une auto-évaluation de l'état de la pratique individuelle par le tableau de bord annuel,
- une incitation à renseigner les données médicales dans le dossier patient informatisé,
- la mixité entre des éléments factuels et déclaratifs,
- l'intégration de données économiques dans la démarche décisionnelle (efficience).

**Les biais :**

- défaut d'éléments dynamiques liés au fait que les marqueurs / indicateurs sont figés pendant la durée de la convention :
  - o évolution des cadres d'exercice professionnel
  - o évolution des données de la science et des bonnes pratiques
- adaptation incomplète des logiciels métiers :
  - o au recueil et à l'exploitation des données en routine (actuellement extraction possible par les logiciels demandant une implication supplémentaire du médecin<sup>i</sup>)
  - o au recueil des éléments psycho-sociaux, potentiellement source d'Inégalité Sociale de Santé (ISS)
- objectifs cibles inadaptés pour des territoires à contexte particulier (pourcentage élevé de patients avec difficultés de suivi) pénalisant les médecins investis dans ces territoires,
- le calcul des indicateurs par les données de remboursement déforme la réalité<sup>ii</sup>,
- la littérature montre la complexité des facteurs d'amélioration de la qualité des soins préventifs et chroniques (réf.4). La ROSP est un des éléments d'appui vers cette amélioration sans en être l'unique déterminant.

## 2. Principes généraux

La ROSP :

- doit rester accessible à tous les médecins généralistes pour améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et harmoniser les pratiques,
- rassembler dans la même démarche un volet organisationnel et un volet de pratique de soins et de santé des populations,
- capitaliser sur l'existant, l'améliorer et l'étendre,
- s'adapter aux évolutions (données de la science, cadres d'exercice),
- conserver l'équilibre entre les éléments déclaratifs et factuels,
- promouvoir l'analyse des pratiques (groupes d'échange, démarche réflexive dans la maîtrise de stage, etc.).

### 3. Les propositions du Collège de la Médecine Générale

Il est important de préciser que l'ensemble des propositions et réflexions du groupe sont un support potentiel auprès des acteurs en charge de la négociation conventionnelle. Nous avons fait le choix d'aborder tous les items actuels et à venir sans préjuger de leur place soit dans la ROSP stricto sensu, soit dans les nouveaux modes de rémunération indispensables. La ROSP est essentielle pour faire survivre un cabinet médical de soins primaires de qualité en l'absence actuelle d'évolution des honoraires. Elle ne doit en aucun cas diminuer. Elle doit être plus exigeante à la hausse.

Le deuxième élément de la réflexion est la présence d'éléments déclaratifs dans le calcul de la ROSP. Le débat sur le déclaratif ou l'observé met en évidence que certains indicateurs peuvent être actuellement connus dans les bases CNAMTS, mais pas par les médecins généralistes, et vice versa.

Il ne faut donc pas renoncer à des indicateurs déclaratifs pertinents pour la qualité et la sécurité des soins sous prétexte que la CNAMTS n'en dispose pas. Déclarer même approximativement impose au médecin une réflexion sur ses pratiques et dans l'avenir il n'est pas impossible secondairement d'imaginer des sondages et vérifications aléatoires des allégations des médecins généralistes.

#### REMARQUES

**Les indicateurs existants**, avec ou sans modifications, sont présentés ci-après dans des tableaux de fond blanc.

**Les nouveaux indicateurs** sont présentés dans des tableaux de fond bleu.

## ➤ Organisation du cabinet et qualité de service

### Indicateurs pouvant être conservés

La version du cahier des charges Sesam vitale
Le taux de télétransmission dont l'objectif n'est pas 100%
L'équipement dossier médical informatisé
Le logiciel de prescription certifié
L'équipement informatique pour télétransmission et télé services
L'affichage des horaires de consultation
La mise à disposition du volet médical de synthèse

### Indicateurs à AJOUTER

**Permettre la mise à disposition d'outils de qualité et de sécurité des soins via l'organisation du cabinet, sécuriser la qualité des soins en limitant les facteurs de risque**

Mise en place d'un secrétariat physique	<i>NMR ?</i>	<i>déclaratif et justificatif</i>
Utilisation d'une messagerie sécurisée (correspondants, établissement de soins etc.) dont la gratuité doit être envisagée		<i>déclaratif et justificatif</i>
Optimisation de la communication médecin traitant et autres acteurs du système (radiologie, laboratoires, pharmacies)		<i>déclaratif auditable par la traçabilité dans le dossier médical patient</i>
Réalisation d'une lettre lors de l'adressage à un médecin correspondant ou lors d'une hospitalisation - utilisation du volet médical de synthèse		<i>déclaratif avec taux minimal - auditable</i>
Codage d'une (ou plusieurs) pathologie chronique faisant l'objet d'une ALD du volet médical de synthèse		

**Implication dans l'organisation des soins sur un territoire, travail en exercice coordonné (et/ou pluri-professionnel) dans ou hors les murs (MSP, pôles, regroupement multi-sites) NMR possible, la traçabilité étant à définir**

Elaboration des plans de santé et plan de soins (poly-pathologie par exemple)		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Regroupement d'équipe de soins primaires		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Participation à une analyse réflexive ou une évaluation des pratiques (staff mono ou pluridisciplinaire, groupe d'échanges de pratiques, évaluation dans le cadre de la maîtrise de stage)		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Coordination avec les professionnels paramédicaux et sociaux		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Organisation de la continuité des soins sur un territoire		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Projet de santé territorial		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>
Participation à des projets de recherche sur un territoire		<i>déclaratif, justificatif à définir</i>

Il faut noter que les données de la CNAMTS montrent une amélioration importante des onglets organisationnels alors que l'amélioration dans les « axes « prévention » et « suivi des maladies chroniques » est plus incertaine.<sup>iii</sup>

## ➤ Les pathologies chroniques

### 1. Diabète

Suivi des diabétiques nombre Hba1c	<i>Indicateur à supprimer.<sup>iv</sup></i>
Consultation ophtalmo	<i>Indicateur à maintenir tous les 2 ans</i>
Antihypertenseurs et statines	<i>Indicateur à remplacer</i>
Antihypertenseurs statines et aspirine ou anticoagulant	<i>Indicateur à supprimer<sup>v</sup></i>
Taux d'hba1c déclaratif à modifier un seul seuil à 8,5	<i>Indicateur à modifier</i>
Taux LDL Ch. Déclaratif	<i>Indicateur à supprimer<sup>vi</sup></i>

#### Indicateurs à AJOUTER

Examen des pieds et consultation podologie : une fois par an	<i>Traçabilité dans le dossier ordonnance</i>
Micro-albuminurie une fois par an	<i>A noter que la pertinence est discutable chez les patients en prévention tertiaire<sup>vii</sup></i>

### 2. Hypertendus

Part des patients < 140/90	<i>Pas de modifications</i>
----------------------------	-----------------------------

#### Indicateurs à AJOUTER

Evaluation fonction rénale (protéinurie, clearance créatinine) une fois par an chez patient traité	
Matériel et protocole pour auto mesures tensionnelles	<i>Indicateur auditable</i>
Pourcentage de patients diabétiques sous IEC. Pourcentage sous statines	
Risque cardiovasculaire pourcentage de patients diabétiques et/ou hypertendus ayant fait l'objet d'un calcul du risque cardiovasculaire –	<i>déclaratif (*) cf. Mode d'emploi (âge, niveau d'intervention, fréquence) Il sera bon de développer un outil spécifique français validé</i>
Pourcentage de patient à haut-risque cardiovasculaire (diabétique et/ou hypertendu) sous statines	<i>déclaratif (*) cf. Mode d'emploi</i>
Prévention secondaire : pourcentage de patients sous aspirine, statines, bêtabloquants, IEC ou AA2	
Prescription d'activité physique	
Patients sous AVK ayant un nombre d'INR ≥ 10/an	
Protocole de gestion des INR	

### 3. Insuffisance rénale

DFG chez les sujets âgés > 80 ans	<i>Complicqué et pas forcément pertinent pour la ROSP en dehors du dépistage</i>
-----------------------------------	--

### 4. Insuffisance Cardiaque

Pourcentage de patients sous bêtabloquant + IEC ou AA2	<i>Information sur surveillance du poids</i>
--	--

### 5. Mise en œuvre et coordination soins palliatifs à domicile

Nombre de patients pris en charge à domicile par an	<i>Dossier médical</i>
---	------------------------

## ➤ La prévention

### 1. Cancer

Cancer du sein	<i>Incertitude des données de la science.<sup>viii ix</sup> Proposition de maintenir cet indicateur dans l'attente de données stabilisées tenant compte aussi des aspects psychosociaux.</i>
Cancer du col de l'utérus	<i>Pratique du frottis, avec respect de l'intervalle de 3 ans en dépistage</i>

#### Indicateurs à AJOUTER

Cancer colorectal (stratégie de dépistage en fonction du niveau de risque)	<i>Dépistage tous les deux ans</i>
Dépistage du surpoids et de l'obésité chez l'enfant	<i>IMC annuel</i>
Vaccinations obligatoires chez le nourrisson et l'enfant	
Renseignement du statut tabac alcool dans le dossier	<i>Intervention brève</i>
Conseil minimal tabac (y compris patient cancéreux)	<i>Intervention brève</i>
Taux de prescription substituts nicotiques	
Risques Inégalité Sociale de Santé (statut vis-à-vis de l'assurance maladie complémentaire par rapport à l'emploi)	<i>Inscription dans le dossier médical de la couverture sociale et de la situation par rapport à l'emploi</i>

## 2. Bon usage des médicaments et prévention iatrogénie

Ces indicateurs ne peuvent être valables qu'à deux conditions de changement de l'évaluation :

1/ Que les prescriptions soient attribuées au médecin qui les a réalisés

2/ Que l'évaluation se fasse en valeur absolue (nombre de boîtes délivrées) et non en valeur relative (% d'un nombre sans pertinence)

Vasodilatateurs	
Benzodiazépines demi-vie longue	
Benzodiazépines 12 semaines	
Antibiothérapie taux de prescription	<i>Préciser quel taux dans quelle population. Rajouter en valeur absolue le nombre de boîtes entraînant le plus l'antibio résistance : C3G orales, amoxicilline/ acide clavulanique et quinolones.</i>
Antibiothérapie : taux de TDR ?	Nombre de boîtes annuel

## 3. Grippe

Vaccin patients âgés de 65 ans à risque	<i>Pas de modifications</i>
Vaccin patients en ALD	<i>Pas de modifications</i>

## ➤ Efficience

Pourcentage de prescription de classes thérapeutique dans le répertoire des génériques (nombre de boîtes) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Antibiotiques</li><li>▪ IPP</li><li>▪ Statines</li><li>▪ Antihypertenseurs</li><li>▪ Antidépresseurs</li><li>▪ IEC/Sartans</li><li>▪ Aspirine</li></ul>	<i>Pas de modifications sauf à envisager la répartition des rôles entre médecins et pharmaciens qui ne sont pas intégrés</i>
---	--

## 4. Conclusion

**Ce document est un cadre de réflexions et de propositions afin de permettre aux membres des syndicats négociant la convention de s'en inspirer.**

**Au-delà il est nécessaire de prévoir quelques éléments dont la liste n'est pas exhaustive :**

- La ré-évaluation des seuils doit être faite chaque année et peut tenir compte de cas particuliers (ex. des femmes de retour de congés de maternité)
- Il faut réfléchir sur les exceptions telle que l'incidence de l'âge moyen de la patientèle, l'impact sur les taux de télétransmission Sesam pour les médecins maître de stage ou remplacés lorsqu'ils contribuent à des actions au bénéfice de la discipline (enseignement, syndicalisme, participation institutionnelle à des groupes de travail)
- La ROSP a été vendue aux médecins libéraux comme une revalorisation de la consultation et doit aussi évoluer vers un engagement pour une démarche qualité. Aujourd'hui, il est indispensable d'augmenter la ROSP pour arriver à un équilibre des ressources, et ainsi motiver la jeune génération à s'investir et s'installer.
- Les indicateurs ne doivent pas être actualisés par les experts de la CNAMTS seuls mais en partenariat avec le Collège de la discipline.

- 
- **DOCUMENT COMPLEMENTAIRE EN ANNEXE**
- Références scientifiques en lien avec les propositions
- 

### **Groupe de travail ROSP du Collège de la Médecine Générale**

*Dr Marie Hélène CERTAIN, Dr Michel COMBIER, Pr Pierre-Louis DRUAIS, Pr Hector FALCOFF, Dr Olivier SAINT LARY.*

Réunion initiale constitutive :

Présents : *Dr Claude BRONNER, FMF, Dr Marie-Hélène CERTAIN, CMG, Pr Pierre-Louis DRUAIS, CMG, Dr Luc DUQUESNEL, CSMF, Dr Béatrice FAZILLEAUD, CSMF, DR Gilles URBEJTEL, MG FRANCE*

Excusé : *Dr Eric HENRY, SML*

**Groupe de relecture** : *membres du bureau du CMG, membres du Pôle scientifique du CMG.*

## 5. Notes et index

<sup>i</sup> Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009;338:b1870.

<sup>ii</sup> Saint-Lary O, Boissault P, Naiditch M, Szidon P, Duhot D, Bourgueil Y, et al. Performance Scores in General Practice: A Comparison between the Clinical versus Medication-Based Approach to Identify Target Populations. *PLoS One*. 2012;7(4):e35721.

<sup>iii</sup> CNAM. La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. [Internet]. 2014 avr [cité 2 août 2014] p. 47. Disponible sur: <http://www.thinktank-economiesante-blog.fr/data/document/cnam-bilan-rosp-2-ans-2013-avril-14.pdf>

<sup>iv</sup> Boussageon R, Bejan-Angoulvant T, Saadatian-Elahi M, Lafont S, Bergeonneau C, Kassai B, et al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d4169.

<sup>v</sup> Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2009;373:1849-60.

Belch J, MacCuish A, Campbell I, et al. The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. *BMJ* 2008;337:a1840.

<sup>vi</sup> Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2014;129(25 Suppl 2):S1-45.

<sup>vii</sup> Levey AS, Becker C, Inker LA. Glomerular filtration rate and albuminuria for detection and staging of acute and chronic kidney disease in adults: a systematic review. *JAMA*. 2015 Feb 24;313(8):837-46. doi: 10.1001/jama.2015.0602

<sup>viii</sup> Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med*. 22 nov 2012;367(21):1998- 2005.

<sup>ix</sup> Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 2014;348:g366.

Kalager M, Adami H-O, Bretthauer M. Too much mammography. *BMJ*. 2014;348:g1403.

Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 6:CD001877.

Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med*. [Epub ahead of print 12 January 2016]