

**La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) un an après
Des résultats qui montrent la mobilisation des médecins et de l'Assurance
Maladie en faveur de la qualité des soins**

Mise en place depuis le 1^{er} janvier 2012, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui figure au rang des axes majeurs de la convention Médecins - Assurance Maladie signée en juillet 2011 pour 5 ans, concerne aujourd'hui tous les médecins libéraux. La ROSP s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des thèmes sur lesquels l'ensemble des médecins s'est mobilisé avec l'Assurance Maladie.

Cette rémunération sur objectifs de santé publique est entrée en vigueur en 2012 et les premières rémunérations afférentes ont été versées aux médecins concernés à partir du 8 avril 2013¹.

Cette première année d'exercice permet donc de dresser un bilan annuel et, à partir de cette photographie de la situation à fin 2012, de hiérarchiser les priorités, construire le plan d'action et mesurer, demain, les mouvements qui continueront de s'opérer.

De manière globale, un an après la mise en place de la ROSP, l'évolution de plusieurs indicateurs s'avère favorable.

L'analyse par grandes familles d'indicateurs² révèle d'abord, pour l'ensemble des médecins, une progression significative de la modernisation du cabinet, virage d'autant plus important que la France accusait un retard par rapport à d'autres pays³ et que l'informatisation constitue un levier essentiel de l'amélioration des pratiques au bénéfice des patients.

Autre constat au regard de l'analyse par blocs d'indicateurs : des progrès sont observés sur le suivi des pathologies chroniques et sur le volet de l'optimisation des prescriptions (efficience).

¹ Le bilan présenté n'intègre pas la rémunération des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires pour l'année 2012 qui sera versée au cours du mois de mai. Les indicateurs de la qualité de la pratique spécifiques aux cardiologues (9 au total) ont fait l'objet de l'avenant 7 à la convention médicale du 31 mai 2012.

² Cf. ANNEXE 1 - La rémunération sur objectifs de santé publique : un dispositif au service de la qualité des soins délivrés aux patients.

³ Cf. « The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries » (November 2009), enquête internationale menée auprès de médecins généralistes dans 11 pays. D'après cette étude, seulement 68% des généralistes français ont recours à des dossiers médicaux électroniques alors que plus de 90% des médecins les utilisent dans 7 des pays interrogés (Pays-Bas, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Australie, Suède, Italie).

- Suivi des pathologies chroniques** : les médecins concernés par la ROSP ont réalisé des progrès sur cet axe, avec tous les indicateurs à la hausse entre décembre 2011 et décembre 2012 (hormis celui du suivi ophtalmologique qui reste stable). **Face à l'enjeu majeur de santé publique que représente le diabète, l'amélioration des pratiques est notable pour le dosage de l'hémoglobine glyquée** : sous le double effet du CAPI et de la ROSP, l'indicateur progresse d'un taux d'atteinte de 40% avant CAPI (mars 2009) à 46% fin 2011 puis 49% fin 2012. Au sein de la patientèle des médecins observés depuis 2009, environ 300 000 **personnes diabétiques supplémentaires auront ainsi bénéficié des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés dans l'année**. Les progrès sont également significatifs concernant la **couverture des facteurs de risque cardio-vasculaire par les statines** (avec un taux d'atteinte de 53% avant CAPI en 2009 à 58% fin 2011 puis 60% fin 2012), ce qui représente cette fois 33 000 patients diabétiques supplémentaires, à haut risque cardiovasculaire, pour cette seule première année de ROSP. Du chemin reste toutefois à parcourir puisque, s'agissant par exemple du suivi de l'hémoglobine glyquée, les examens indiqués ne sont encore réalisés que pour la moitié des patients (pour un objectif cible fixé à 65%). Mais les résultats d'ores et déjà enregistrés laissent entrevoir de réelles capacités de progression.
- Prévention** : sur ce plan, un bilan en demi-teinte peut être dressé. Une amélioration sur plusieurs indicateurs comme la part des patients de plus de 65 ans traités par **vasodilatateurs**, la part de patients de plus de 65 ans traités par **benzodiazépines à demi-vie longue**, ou encore le nombre de prescriptions d'**antibiotiques** pour des patients de 16 à 65 ans sans ALD⁴ est notable. **Mais les efforts doivent être accentués tout particulièrement concernant la vaccination contre la grippe saisonnière** (en particulier pour les patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne), **le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein**, alors que les indicateurs à ce niveau se dégradent légèrement, au mieux stagnent. De surcroît, l'accent doit être mis plus fortement encore sur **l'indicateur de durée du traitement par benzodiazépines**.
- Optimisation des prescriptions / Efficience** : un bon résultat concerne la **prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par anti-agrégants plaquettaires**, qui permet d'avoisiner de très près l'objectif cible de 85%. Par ailleurs, s'agissant des statines, des IPP et des antihypertenseurs, mais aussi, quoique dans une moindre mesure, des antibiotiques, **l'ensemble des résultats en progression obtenus sur ce segment des génériques doit être considéré comme un point de départ qu'il faut évaluer à l'aune des objectifs cibles**, du fait de l'évolution du répertoire générique constatée en 2012. A cet égard du chemin reste à parcourir pour les statines en particulier (le taux d'atteinte actuel est de 54%, pour un objectif cible de 70%), mais aussi pour les antibiotiques et les antidépresseurs.

En contrepartie des résultats obtenus, l'ensemble des médecins percevra 3 746 euros en moyenne. Les omnipraticiens⁵ concernés percevront, pour cette première année d'exercice, une rémunération de 4 752 euros en moyenne. Ces médecins auront ainsi réalisé, dès la première année, leurs objectifs à hauteur d'environ 50%.

⁴ Affection de longue durée.

⁵ Généralistes et MEP.

Un an après sa mise en place, le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique marque un tournant décisif dans l'évolution des pratiques, dans l'objectif d'orienter davantage les soins vers le préventif plutôt que le curatif, grâce à un partenariat renouvelé entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux.

L'enjeu pour le système de soins est maintenant de poursuivre la progression engagée durant l'année écoulée et de réduire les hétérogénéités de pratiques⁶ et les écarts avec les recommandations de bonne pratique grâce à une démarche de progrès continu.

A cette fin, les délégués et les praticiens conseils de l'Assurance Maladie continueront à accompagner les médecins au quotidien dans leur action de santé publique et rencontreront tout au long de l'année les médecins traitants, les gastroentérologues et les cardiologues.

⁶ Sur les disparités territoriales en particulier cf. les ANNEXES 3, 4 et 5.

I - Un premier bilan qui reflète une meilleure prise en charge des patients

Un an après la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, l'Assurance Maladie a voulu étudier les résultats obtenus par les médecins concernés par le dispositif.

Sur la période du 31 décembre 2011 au 31 décembre 2012, plusieurs indicateurs évoluent de façon positive, en particulier les indicateurs du suivi des pathologies chroniques. Sur le champ de l'efficacité, l'ensemble des indicateurs de prescriptions dans le répertoire enregistre une hausse, certes soutenue par l'élargissement du répertoire générique. Les résultats sont plus contrastés du côté de la prévention, même si l'on peut se réjouir des progrès enregistrés, par exemple, en matière de vasodilatateurs et, correction faite des variations épidémiques (sans effet notable en 2012), d'antibiotiques. Enfin, l'on relève un fort mouvement de modernisation des cabinets médicaux.

Ces premières données confirment la pertinence des objectifs définis avec l'assentiment de la communauté médicale dans le cadre du dispositif : des objectifs ambitieux, certes, mais atteignables. Elles sont encourageantes quant à la capacité conjuguée du corps médical et de l'Assurance Maladie à améliorer la qualité et l'efficacité des soins prodigués aux patients. Elles permettront également d'élaborer un plan d'action national priorisant les actions à conduire, sur lesquelles concentrer les efforts et les moyens afin de réduire les écarts entre indicateurs et entre territoires.

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Au vu des résultats sur ce bloc « organisation du cabinet », il se dessine très clairement **un mouvement de modernisation de la médecine générale**. Les taux de réalisation des objectifs sont élevés : **l'informatisation est devenue un outil à part entière pour le suivi des patients chroniques et permet de favoriser une meilleure gestion de la patientèle**. 80% des médecins omnipraticiens sont éligibles à une rémunération sur ce volet (73% pour l'ensemble des médecins).

Ces résultats de l'année 2012 constituent un taux de départ pour l'année prochaine. Chez les médecins validant les pré-requis :

- **73% des omnipraticiens (62% tous médecins)** ont mis à disposition un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant **la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques** pour le suivi individuel et de la patientèle.
- La mise en place de la ROSP a permis de favoriser le fort développement des logiciels d'aide à la prescription médicalisée. **64% des omnipraticiens (48% tous médecins)** ont mis à disposition un justificatif témoignant de l'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription certifié**. Alors qu'il n'y avait que 2 logiciels certifiés par la HAS début 2012, leur nombre est passé à 26 en fin d'année.
- **67% des omnipraticiens (48% tous médecins)** ont mis à disposition un justificatif d'équipement informatique permettant de **télétransmettre et d'utiliser les téléservices**.

- **87% des omnipraticiens (75% tous médecins)** ont quant à eux **affiché leurs horaires de consultations et leurs modalités d'organisation dans leur cabinet** afin de favoriser l'accès à leur patientèle. Parmi eux, plus de 30 000 (dont 22 500 généralistes) **ont déjà renseigné ces horaires sur ameli-direct** alors qu'il s'agit d'un indicateur de l'année 2013.
- **Enfin, 72% des omnipraticiens (49% tous médecins)** ont élaboré, à partir du dossier médical informatisé, et mis à disposition, **une synthèse annuelle**.

La rémunération sur objectifs de santé publique valorise particulièrement le rôle du médecin traitant dans toute la dimension de son exercice médical et notamment cette fonction de synthèse du dossier médical qu'il effectue pour ses patients. Sur l'année observée, la moitié des médecins a élaboré un volet de synthèse annuelle du dossier médical.

Le développement de l'informatisation témoigne de la forte volonté de l'Assurance Maladie de garantir aux médecins de meilleures conditions de travail et aux patients, des professionnels de santé plus disponibles. Le déploiement d'Espace pro, le portail de l'Assurance Maladie dédié aux professionnels de la santé, et la récente mise en œuvre de téléservices intégrés aux logiciels métiers des médecins sont des marqueurs forts des progrès accomplis dans ce domaine. Pour illustration, **l'avis d'arrêt de travail en 5 clics (AAT) et la déclaration de médecin traitant (DMT) suivent une progression notoire** : pour 11 000 médecins utilisateurs différents en 2011, il y a en près de 30 000 aujourd'hui.

Cette dynamique soutenue va se poursuivre en 2013 de sorte que l'ensemble des médecins soient à terme informatisés. On peut ainsi considérer que le socle technologique nécessaire à la mise en place du Dossier Médical Personnel est quasiment acquis.

Qualité de la pratique médicale

Suivi des pathologies chroniques

Sur ce volet, les médecins traitants ont réalisé des **progrès significatifs**, avec la quasi-totalité des indicateurs en hausse sur cet axe, ce qui laisse espérer l'atteinte des objectifs cibles dans des délais raisonnables.

S'agissant du diabète, maladie dont la prévalence a notablement progressé au cours des dernières années et dont les complications peuvent être sévères, l'optimisation du contrôle de la glycémie est un aspect fondamental de la bonne prise en charge, réduisant le risque de complications microvasculaires. **Depuis la mise en place de la ROSP en décembre 2011, le taux de patients diabétiques ayant bénéficié de 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans l'année a augmenté de 6% pour les médecins concernés, permettant aujourd'hui à la moitié des patients d'être correctement suivis.** En observant ces résultats depuis l'année 2009, avant la mise en place du CAPI, l'on prend toute la mesure des progrès accomplis : en mars 2009, seulement 40% des patients diabétiques avaient eu recours à ces dosages d'hémoglobine glyquée, soit un gain de 10 points en un peu plus de 3 ans. Sur cette même période, **ce sont donc pas moins de 300 000 patients diabétiques supplémentaires qui auront pu bénéficier du suivi recommandé dans ce domaine, au sein de la patientèle des médecins traitants. Cette**

progression doit se poursuivre à ce niveau si l'on veut atteindre l'objectif cible fixé à 65%.

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

Le département qui a le taux le plus faible sur l'item du dosage de l'hémoglobine glyquée se situe à 28%, il s'agit de la Guyane (et Paris pour la France métropolitaine, avec 38%). Celui qui présente le taux le plus élevé est le département de la Loire avec 63%⁷.

Par ailleurs, le suivi des patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire s'est également amélioré, quoique dans une moindre mesure que pour le dosage de l'HbA1c : 60% de ces patients bénéficient désormais du traitement par statines recommandé quel que soit leur niveau de LDL-cholestérol - soit une progression de 3% par rapport à décembre 2011 - et ils n'étaient que 53% en 2009. Cette progression sur 3 ans a permis une meilleure prise en charge pour 140 000 patients. L'effort ici aussi doit se poursuivre à un rythme au moins aussi soutenu pour tendre vers l'objectif cible de 75%.

Autre indicateur de référence : celui du traitement par aspirine à faibles doses administré aux patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire traités par antihypertenseurs et statines. A la fin décembre 2012, 53,5% des patients étaient correctement pris en charge à ce niveau, soit une progression non négligeable de 4% en une année, ce qui représente 21 000 patients en plus.

On note enfin que la part de patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années a été stable durant la période observée, se maintenant autour de 62% (pour un objectif cible de 80%). La fréquence et la gravité de la rétinopathie diabétique et l'existence de traitements spécifiques de celle-ci justifient la réalisation d'un examen ophtalmologique à intervalles réguliers. Le rythme du suivi ophtalmologique recommandé dans ce cadre a été élargi pour les diabétiques qui sont bien équilibrés, sans atteinte ophtalmologique préalable à deux ans. L'implication des médecins doit se poursuivre pour tendre vers l'objectif cible de 80% cependant l'organisation en ophtalmologie joue un rôle, et peut expliquer en partie ces résultats : les délais d'attente sont parfois longs dans certaines régions.

Ces chiffres et leur évolution depuis 2009 témoignent d'une dynamique favorable sur ces indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques ainsi que d'une réelle évolution des comportements.

Les autres indicateurs qui portent sur le diabète sont relatifs à des données cliniques individuelles des patients (résultats du dosage d'HbA1c, du LDL cholestérol et le nombre de patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mm d'Hg sous traitement). 70% des médecins ont déclaré ces indicateurs qui donnent une première appréciation de la situation.

⁷ Cf. ANNEXE 3.

Prévention

Sur ce volet, les évolutions sont contrastées. **Les améliorations les plus importantes concernent la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse**, qui ont un coût humain et économique élevé, responsables de nombreuses hospitalisations chaque année.

Ces risques de iatrogénie médicamenteuse ont diminué sur la période, tout particulièrement **du côté des vasodilatateurs dont le taux de prescription a baissé très significativement de 33% en un an** (sous l'effet conjugué d'une diminution de leur prescription et du déremboursement de la majorité des vasodilatateurs en raison d'un SMR⁸ jugé insuffisant) Ceci représente, en valeur absolue, 340 000 patients de plus de 65 ans qui ont cessé de consommer des vasodilatateurs au cours de l'année écoulée. On compte aujourd'hui **7% seulement de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs**, soit la quasi-atteinte de l'objectif cible fixé à 5%.

Le nombre de **prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD** a quant à lui baissé de 3% sur l'année 2012 (pour atteindre un ratio de 44 prescriptions pour 100 patients). Il s'agit d'un **chiffre significatif et très encourageant, notamment pour la lutte contre la résistance aux antibiotiques** sur laquelle l'Assurance Maladie est fortement engagée depuis plusieurs années par le biais de plusieurs campagnes de communication et la mise à disposition des médecins de Tests de Diagnostic Rapide. L'effort doit donc se poursuivre en direction de l'objectif cible de moins de 37 prescriptions pour 100 patients.

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

On constate traditionnellement une prescription d'antibiotiques très élevée dans le Nord et le Limousin. Par ailleurs, le département qui a le plus diminué ses prescriptions d'antibiotiques est la Corse du Sud qui se situe à -9% tandis que celui qui présente le taux le plus élevé est la Guyane (+12%). En France métropolitaine, le département avec l'évolution la plus élevée est la Haute-Marne avec +2%⁹.

La baisse est par ailleurs très significative, de l'ordre de 11%, pour les **benzodiazépines à demi-vie longue** qui sont désormais administrées à 12% des patients de plus de 65 ans contre 14% en décembre 2011 et 15% en mars 2009. Soit, de mars 2009 à décembre 2012, 280 000 personnes qui ont cessé de consommer de **benzodiazépines à demi-vie longue**. Même si l'objectif cible (5%) reste encore éloigné et suppose que les progrès se poursuivent à un rythme au moins aussi soutenu qu'actuellement, on peut se réjouir de ce que les **demi-vies courtes** sont ainsi désormais préférées aux demi-vies longues lorsqu'un traitement par benzodiazépines est envisagé.

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

Le département qui a le plus diminué ses prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue (pour les patients de plus de 65 ans) est la Seine-Maritime. Cette diminution est de l'ordre de -18%. Celui qui présente le taux le plus élevé est la Guyane avec -2%¹⁰. En France métropolitaine, le département présentant la diminution la moins élevée est l'Aveyron avec -5%¹⁰.

En revanche, la part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines a évolué négativement au cours de la première année de ROSP. Elle est désormais de 16%, ce qui représente une hausse de

⁸ Service médical rendu.

⁹ Cf. ANNEXE 5.

¹⁰ Cf. ANNEXE 4.

6% sur l'année, contraire aux recommandations de la Haute Autorité de Santé selon lesquelles la durée de prescription doit être limitée à 4 à 12 semaines au regard de l'indication. Une inversion de tendance permettrait de se rapprocher de l'objectif cible, de 12%. L'usage prolongé des benzodiazépines quelle que soit leur demi-vie, est associé à des somnolences, des troubles de la mémoire, des confusions, des chutes, surtout chez les personnes âgées. Lorsqu'un traitement est nécessaire, leur utilisation doit être la plus courte possible.

Par ailleurs, plusieurs indicateurs relevant du champ de la prévention se stabilisent ou évoluent à la baisse.

C'est notamment le cas pour le **dépistage du cancer du sein** - la part de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années est restée stable au cours de cette première année de ROSP - et du **dépistage du cancer du col de l'utérus** - le recours des patientes de 25 à 65 ans au frottis cervico-vaginaux au cours des trois dernières années a diminué de 2%.

La dégradation des résultats obtenus sur ces deux indicateurs peut s'analyser au regard du contexte actuel de questionnement vis-à-vis de certains actes de prévention.

Les indicateurs relatifs à la vaccination antigrippale évoluent, pour leur part aussi, légèrement à la baisse. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière baisse de 2% au cours de l'année 2012, alors que celle des patients adultes de 16 à 64 ans en ALD diminue de 1%. La vaccination est la mesure préventive de référence contre la grippe. **Les efforts devront porter sur l'ensemble des personnes à risque de complication et tout particulièrement sur la part des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés contre la grippe, qui doit passer de 35% aujourd'hui à 75% demain.**

Optimisation des prescriptions / Efficience

Les résultats obtenus dans ce domaine par les médecins concernés sont plutôt **satisfaisants**. Le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé a ainsi progressé.

La prescription d'aspirine à faible dosage parmi les patients traités par anti-agrégants plaquettaires a augmenté de 2%, atteignant un taux de 83,3%, qui approche l'objectif cible de 85%. Cela représente 53 000 patients supplémentaires sur l'année 2012, pour les médecins étudiés.

A l'inverse, le **recours aux IEC plutôt qu'aux sartans** demeure à un taux presque inchangé de 39,6%.

On note par ailleurs que, de manière globale, les médecins concernés ont augmenté ou stabilisé leurs prescriptions dans le répertoire des médicaments génériques.

Les prescriptions de **médicaments anti-ulcéreux (IPP)** et de **statines** pouvant être délivrés sous forme de génériques ont très fortement augmenté, de respectivement 17% et 41%. La progression est également notable pour les **antihypertenseurs** (13%) permettant de dépasser l'objectif cible fixé (65%). Ce phénomène est en partie lié en partie aux entrées

dans le répertoire d'IPP, de statines et d'anti-hypertenseurs en 2012, mais ne se résume pas à ces facteurs.

Parallèlement, la prescription dans le répertoire a augmenté pour les **antibiotiques** (3% en un an) et, quoique de manière très légère, pour les **antidépresseurs** (1%).

Au total, **l'ensemble des résultats obtenus sur ce segment des génériques doit être considéré comme un point de départ qu'il faut évaluer à l'aune des objectifs cibles** : à cet égard, du chemin reste à parcourir pour les statines en particulier (le taux d'atteinte actuel est de 54%, pour un objectif cible de 70%), mais aussi pour les antidépresseurs (67% vs. 80%) et les antibiotiques (81% vs. 90%).

II - Une rémunération qui reflète l'amélioration des pratiques

Lorsqu'ils prennent part au dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique, les médecins s'engagent dans une véritable **action de santé publique** auprès de leur patientèle, en faveur de la qualité et de l'efficience des soins. Ils s'inscrivent de cette manière dans une démarche volontaire d'amélioration de leurs pratiques et bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération spécifique pour soutenir les progrès accomplis. La ROSP est de la sorte un **dispositif gagnant-gagnant** permettant aux patients de bénéficier d'un meilleur suivi, aux médecins traitants de voir leur engagement valorisé, à l'Assurance Maladie d'investir à bon escient.

Comment est calculée la rémunération des médecins ?

La ROSP obéit au principe général suivant :

- Chaque indicateur est **indépendant** et correspond à un nombre de points maximum si l'objectif cible est atteint ;
- Le **niveau atteint** et la progression vers l'objectif cible déterminent le nombre de points obtenu ;
- La rémunération est modulée selon la **taille de la patientèle** pour les indicateurs réservés au médecin traitant ;
- Le nombre total de points obtenu est multiplié par la **valeur du point fixée à 7 euros** sur la base d'une patientèle moyenne de 800 patients.

Dans le cadre du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique, les médecins ont la possibilité de suivre l'évolution de leurs résultats par indicateurs grâce à des tableaux de bord personnalisés disponibles sur leur Espace pro sur ameli.fr.

Ces données sont également disponibles en version papier et remises par les délégués de l'Assurance Maladie à l'occasion des visites qu'ils réalisent auprès des médecins.

Quels sont les résultats, pour les médecins, au terme d'une première année de ROSP ?

L'ensemble des médecins rémunérés au titre de cette première année de rémunération sur objectifs de santé publique (75 444 médecins) perçoivent en moyenne chacun une somme annuelle de 3 746 euros, calculée en fonction de leur taux de réalisation.

Parmi eux, les médecins généralistes (hors MEP, soit 50 584 médecins) sont rémunérés à hauteur de 4 982 euros en moyenne.

Pour les 46 358 médecins généralistes (hors MEP) disposant de plus de 200 patients les ayant choisis comme médecin traitant, le montant moyen de la rémunération est de 5 365 euros.

Et sur le plan macroéconomique ?

L'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute de **282 millions d'euros au titre de 2012, intégralement provisionnée dans l'ONDAM**

pour cette même année, à laquelle il convient de retrancher 35 M€ d'économies liées à la suppression des anciennes aides à la télétransmission.

Pour les médecins généralistes, cela correspond en moyenne à une hausse de 3% de leurs honoraires, ciblée sur la qualité et l'efficacité des soins.

Les résultats de cette première année confirment que le principe de la diversification de la rémunération des médecins en fonction d'objectifs prioritaires de santé publique s'inscrit concrètement dans les pratiques.

La philosophie globale du dispositif se voit également validée par les faits : encourager les économies (efficacité des prescriptions, informatisation du cabinet) pour mieux financer les actions de prévention et de suivi des pathologies chronologiques,

L'Assurance Maladie continuera de s'engager aux côtés des médecins pour répondre avec eux au double enjeu de la préservation du système de santé et de l'amélioration continue de la qualité des soins au bénéfice des patients.

ANNEXE 1 - La rémunération sur objectifs de santé publique : un dispositif au service de la qualité des soins délivrés aux patients

En mettant en place une rémunération sur objectifs de santé publique, l'Assurance Maladie et ses partenaires conventionnels ont décidé d'investir sur la prévention, la prise en charge des pathologies chroniques, l'efficacité de la prescription et l'organisation du système de soins.

Pourquoi diversifier la rémunération des médecins ?

La ROSP introduit un nouveau mode de rémunération en complément du paiement à l'acte et au forfait. Cette réforme structurelle permet ainsi d'inciter les médecins traitants et certains spécialistes¹¹ à gérer « en population » le risque santé tout en favorisant les prescriptions les plus efficaces compatibles avec l'état de santé de leurs patients.

Deux grandes dimensions de la pratique médicale sont concernées par ce dispositif :

- **La qualité de la pratique médicale** déclinée à travers 3 trois grands axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité avec l'optimisation des prescriptions ;
- **L'organisation du cabinet et la qualité de service.**

Les thèmes choisis

La définition d'indicateurs pertinents a constitué l'un des éléments clés pour l'engagement des professionnels et la bonne mise en œuvre du dispositif.

Les thèmes ont été retenus en fonction des priorités de santé publique et tiennent compte des avis et recommandations émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales. Ils ont également fait l'objet d'échanges et de discussions avec les médecins lors des négociations conventionnelles.

Pour chaque thème, les objectifs cibles sont définis sur la base de trois critères : les écarts entre les recommandations des autorités sanitaires et la pratique collective, l'observation de la situation dans les autres pays et celle de l'hétérogénéité entre praticiens.

Les indicateurs peuvent être révisés en fonction de l'évolution des données acquises de la science tandis que des indicateurs complémentaires pourront être intégrés afin d'enrichir le dispositif.

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte ainsi 29 indicateurs au total pour les médecins traitants.

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet sont au nombre de 5 ; parmi eux, 4 concernent tous les médecins, quelle que soit leur spécialité ; 1 indicateur concerne uniquement les médecins traitants.

On compte par ailleurs 24 indicateurs réservés au médecin traitant pour le bloc « qualité de la pratique ».

¹¹ Les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en 2013 les médecins spécialistes en gastroentérologie et hépatologie (avenant n°10 à la convention médicale).

A. Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale »

Suivi des pathologies chroniques

Cet axe se décline en 9 indicateurs (250 points)

Diabète :

- 65% des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année
- 80% des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années
- 75% des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine
- 65% des hommes de plus de 50 ans et des femmes de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant
- 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 8,5%
- 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 7,5%
- 90% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,5g/L
- 80% des patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de LDL cholestérol est inférieur à 1,3g/L

Hypertension artérielle : 60% des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/190 mmHg.

Prévention

Cet axe se décline en 8 indicateurs (250 points)

Vaccination contre la grippe saisonnière :

- 75% des patients âgés de 65 ans et plus vaccinés
- 75% des patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés.

Dépistage du cancer du sein : 80% des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans.

Dépistage du cancer du col de l'utérus : 80% des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années.

Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse :

- Réduire à 5% la proportion de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs
- Réduire à 5% la proportion de patients de plus de 65 ans traités par des benzodiazépines à demi-vie longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente)
- Limiter à 12% la proportion de patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines. Cet indicateur est relatif aux initiations de traitement. Il doit permettre de limiter la durée

des traitements pour ces médicaments, efficaces mais dont l'utilisation ne doit pas être supérieure à 12 semaines.

Antibiothérapie : moins de 37 prescriptions d'antibiotique pour 100 patients pour les patients de 16 à 65 ans sans ALD. L'objectif est de diminuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques et de ce fait les résistances bactériennes qui constituent une préoccupation majeure aujourd'hui.

Optimisation des prescriptions / Efficience

Cet axe se décline en 7 indicateurs (400 points)

Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique :

- Antidépresseurs (taux de prescription dans le répertoire : 80%)
- Antibiotiques (90%)
- IPP (85%)
- Antihypertenseurs (65%)
- Statines (70%).

Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé :

- Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des sartans dans l'hypertension artérielle¹² (65%)
- Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85%).

B. Les thèmes du volet « organisation du cabinet et qualité de service »

Les indicateurs de ce volet « organisation du cabinet » s'adressent à l'ensemble des médecins.

Il s'agit à nouveau de poursuivre une dynamique, l'informatisation et la modernisation des cabinets médicaux, pour permettre à la fois un meilleur suivi de la patientèle et une amélioration du service pour les patients.

Concrètement, il s'agit par exemple d'encourager une meilleure prescription grâce à l'utilisation de logiciels de prescription validés par la Haute Autorité de Santé et ainsi de favoriser la diffusion de bonnes pratiques ou bien encore d'afficher sur ameli-direct ses horaires de consultations (au cabinet/à domicile) pour faciliter l'accès des patients.

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

- Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du **dossier médical informatisé** et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle (75 points)
- Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription** certifié (50 points)

- Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de **télétransmettre** et d'utiliser les **téléservices** (75 points)
- Affichage dans le cabinet médical et sur le site ameli-direct (en 2013) des **horaires de consultations** et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients (50 points)
- Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une **synthèse annuelle** par le médecin traitant pour ses patients (150 points).

C. La rémunération sur objectifs de santé publique en pratique

Comment l'implication des médecins est-elle mesurée ?

Le dispositif est basé sur un système de points (250 points au total pour chaque médecin quelle que soit sa spécialité et 1 300 au total pour un médecin traitant) attribués à chaque indicateur.

Une part plus importante est accordée au suivi des pathologies chroniques et à la prévention :

- **500 points pour la qualité des pratiques : le suivi des pathologies chroniques (250 points) d'une part, la prévention (250 points), d'autre part ;**
- **400 points pour l'optimisation des prescriptions ;**
- **400 points pour l'organisation du cabinet dont 150 concernant le volet annuel de synthèse du dossier médical informatisé par le médecin traitant.**

Pour chaque indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation annuel de 100% de l'objectif.

La rémunération tient compte à la fois de l'atteinte des objectifs mais aussi des progrès accomplis. Pour chaque indicateur sont définis un taux de départ propre à chaque médecin, un objectif intermédiaire et un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins.

La valeur du point est fixée à 7 euros pour une patientèle moyenne de 800 patients, avec un total de 1 300 points (pour les médecins traitants¹³).

Quels médecins sont concernés ?

Les aspects relatifs à la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions concernent les médecins traitants. Ces volets sont toujours susceptibles de s'étendre à des spécialités supplémentaires par avenant à la convention. Les premiers ont été les cardiologues en mars 2012 et les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie en janvier 2013 (avenant 10 à la convention médicale en cours de publication)

¹³ Pour l'ensemble des médecins quelle que soit la spécialité c'est 250 points, pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires c'est 590 points au total (indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de la pratique)

Le volet « organisation du cabinet et qualité de service » s'adresse à l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues, à l'exception de la synthèse annuelle qui ne concerne que le médecin traitant.

Pour rappel, la rémunération de l'ensemble des indicateurs de ce socle « organisation du cabinet et qualité de service » est déclenchée selon deux conditions :

1. Il faut que le médecin dispose d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE Sesam-Vitale ;
2. Il faut que le médecin atteigne un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble de ses feuilles de soins.

ANNEXE 2 - Évolution des résultats nationaux pour les indicateurs cliniques

Suivi des pathologies chroniques

Moyennes pondérées (par la patientèle ou le nb de boîtes) pour les médecins éligibles, actifs et conventionnés

Le suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Évolution en points Déc 2012 - Déc 2011	Évolution en pourcentage Déc 2012 - Déc 2011
HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	>= 65 %	45,9%	48,7%	2,7	6%
suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'oeil dans les deux dernières années	>= 80 %	61,3%	61,5%	0,1	0%
diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	>= 75 %	58,3%	59,9%	1,7	3%
diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	>= 65%	51,6%	53,5%	1,9	4%

Prévention

Moyennes pondérées (par la patientèle ou le nb de boîtes) pour les médecins éligibles, actifs et conventionnés

La prévention	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Évolution en points Déc 2012 - Déc 2011	Évolution en pourcentage Déc 2012 - Déc 2011	
grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	57,8%	56,4%	-1,4	-2%	
grippe 16-64 ans hors ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	35,4%	35,0%	-0,5	-1%	
cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	>= 80 %	64,9%	64,8%	-0,1	0%	
cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	>= 80 %	58,7%	57,5%	-1,2	-2%	
vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	<= 5%	10,6%	7,1%	-3,5	-33%	Indicateurs à objectif décroissant
benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	<= 5%	13,7%	12,1%	-1,6	-11%	
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	<= 12%	15,0%	15,9%	0,9	6%	
antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	<= 37	45,7	44,3	-1,4	-3%	

Optimisation des prescriptions / Efficience

Moyennes pondérées (par la patientèle ou le nb de boîtes) pour les médecins éligibles, actifs et conventionnés

L'efficience	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Évolution en points Déc 2012 - Déc 2011	Évolution en pourcentage Déc 2012 - Déc 2011
antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 90 %	78,6%	80,9%	2,3	3%
IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 85 %	71,3%	83,1%	11,8	17%
statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 70 %	38,2%	53,8%	15,6	41%
antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 65 %	64,1%	72,6%	8,5	13%
antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	>= 80 %	66,0%	66,5%	0,5	1%
IEC-sartans	Part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	>= 65 %	39,4%	39,6%	0,1	0%
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	>= 85 %	82,0%	83,3%	1,3	2%

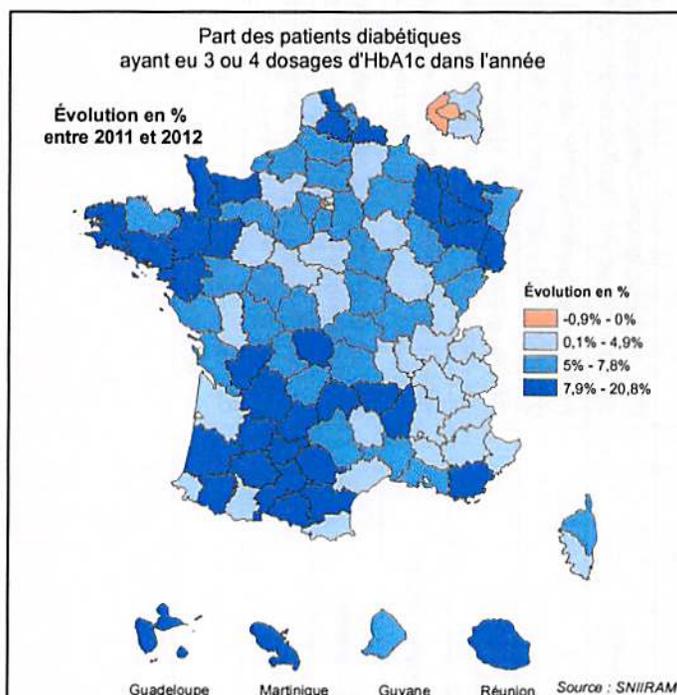
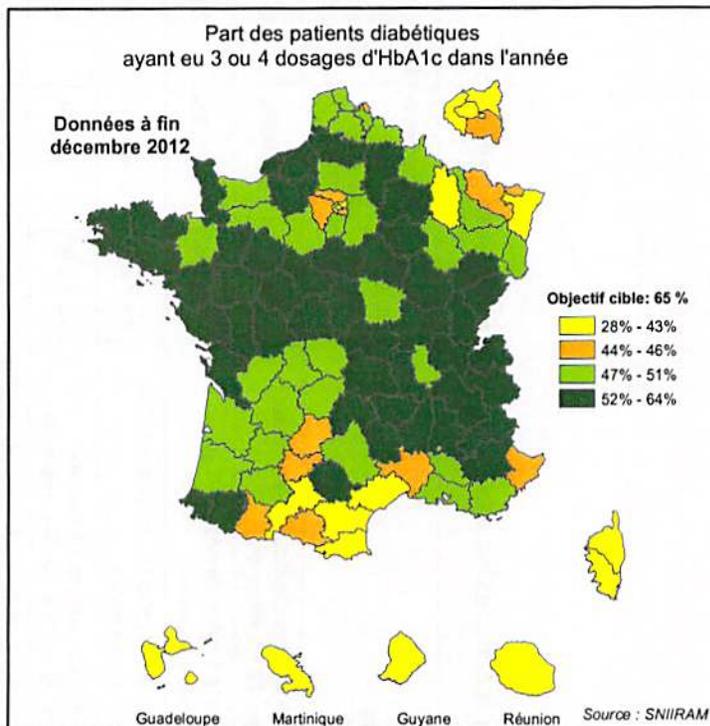
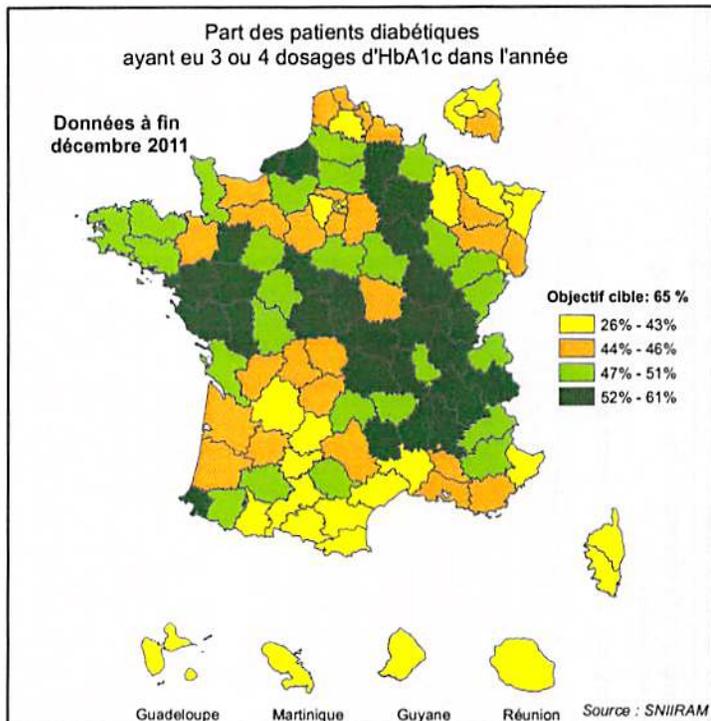
ANNEXE 3 - Focus sur les patients diabétiques ayant bénéficié de 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année

Les deux premières cartes par CPAM représentent le niveau de l'indicateur :

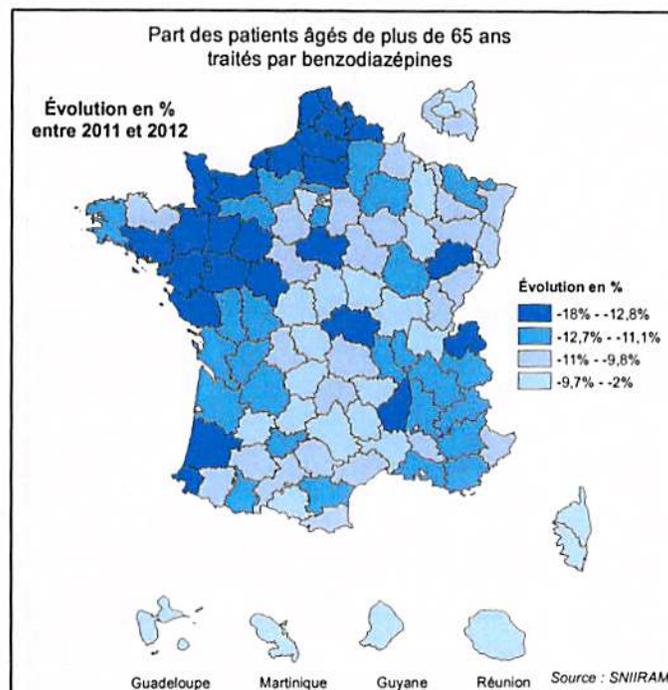
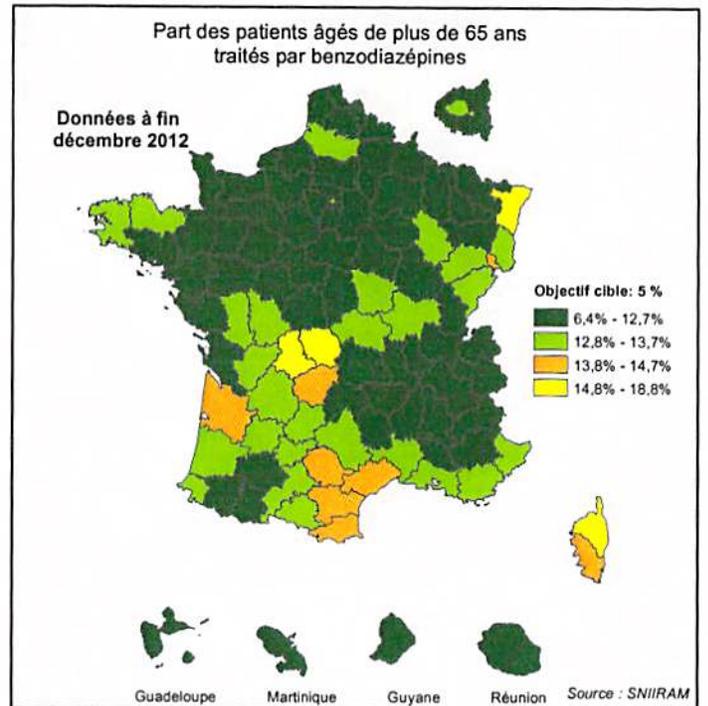
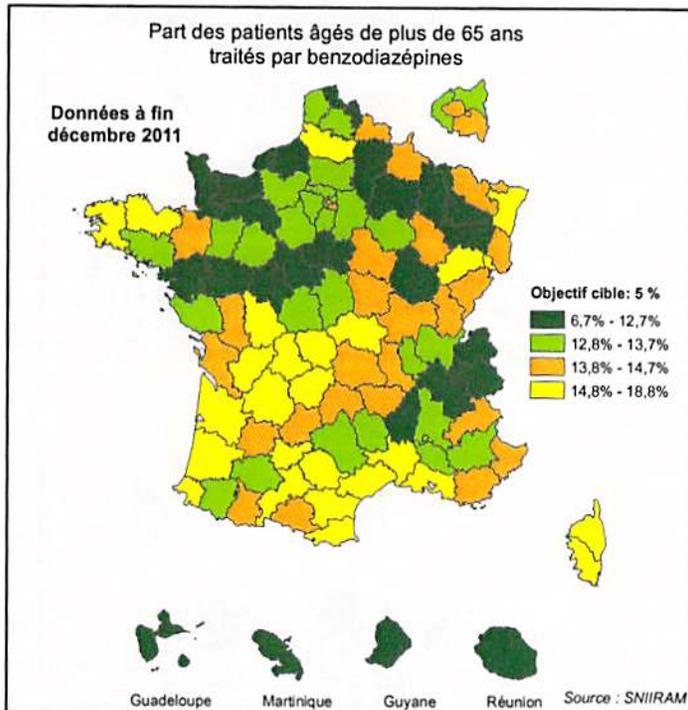
- à fin décembre 2011, la définition des classes est faite via la méthode des effectifs égaux (autant de CPAM dans chacune des 4 classes).
- à fin décembre 2012, les classes de décembre 2011 sont conservées afin de visualiser les évolutions. L'amélioration des pratiques se caractérise via des cartes avec une dominance de vert.

La dernière carte par CPAM représente l'évolution en pourcentage entre le taux de fin 2011 et celui de fin 2012.

Exemple : pour la CPAM de l'Aude, les cartes représentant le niveau de l'indicateur montrent que cette caisse reste stable (en jaune) dans la classe 26%-43%. En revanche, sur la carte d'évolution, cette caisse progresse, l'évolution étant comprise entre 7.9 et 20.8%.



ANNEXE 4 - Focus sur les patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue



ANNEXE 5 - Focus sur le nombre de prescriptions d'antibiotiques pour les patients de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année (pour 100 patients)

