



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé
Publique pédiatrique sur le suivi de l'enfant des médecins
généralistes des Hauts-de-France ?**

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2023 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Claire BASSERY**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseur :

Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Bénédicte MOREAU

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

AM	Assurance Maladie
ARS	Agence Régionale de Santé
C3G	Céphalosporine de 3ème Génération
C4G	Céphalosporine de 4ème Génération
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comité de Protection des Personnes
DPO	<i>Data Protection Officer</i>
DREES	Direction de la Recherche des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de masse corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INPES	Institut National de Prévention et d'Education en Santé
JIM	Journal International de Médecine
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
ROR	Rougeole Oreillon Rubéole
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SBT	<i>Sensory Baby Test</i>
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Sommaire

Avertissement.....	3
Remerciements.....	4
Sigles.....	10
Sommaire.....	11
Introduction.....	13
Matériel et méthodes.....	20
1 Type d'étude :.....	20
2 Population de l'étude :.....	20
3 Elaboration du questionnaire :.....	20
4 Déroulement de l'étude :.....	21
5 Analyse statistique.....	21
6 Cadre réglementaire.....	22
Résultats.....	23
1 Analyse univariée :.....	23
1.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants :.....	23
1.2 La patientèle pédiatrique prise en charge:.....	26
1.3 Connaissance des indicateurs de la ROSP pédiatrique :.....	27
1.4 Influence de la ROSP pédiatrique :.....	28
1.5 Perception de la ROSP pédiatrique par les médecins répondants :.....	34
1.6 Nouvelle notion de médecin traitant en pédiatrie :.....	39
1.7 Les limites de la ROSP pédiatrique:.....	40
2 Analyse bivariée :.....	46
2.1 Analyse croisée selon les caractéristiques socio-démographiques :.....	47
2.2 Analyse croisée selon la connaissance des indicateurs :.....	48
2.3 Analyse croisée selon l'incitation à la formation continue pédiatrique:.....	49
2.4 Analyse croisée selon la pratique des indicateurs :.....	50
2.5 Analyse croisée selon l'avis global des médecins concernant la ROSP pédiatrique :.....	51
2.6 Analyse croisée selon la perception des indicateurs de la ROSP pédiatrique :	52
2.7 Analyse croisée selon la perception des indicateurs déclaratifs :.....	53
2.8 Analyse croisée selon la perception de la représentativité :.....	54
2.9 Analyse croisée selon la perception de la rémunération :.....	54

2.10 Analyse croisée selon la perception du nombre d'indicateurs :.....	55
Discussion.....	56
1 Principaux résultats :.....	56
2 Discussion des résultats :.....	57
2.1 Influence des indicateurs de la ROSP pédiatrique :.....	57
2.2 Contradiction entre le bilan de l'assurance maladie et la perception des médecins :.....	58
2.3 Remise en question du dispositif :.....	59
2.4 Rôle essentiel de la prévention chez l'enfant :.....	60
2.5 Une faible influence sur le dépistage du langage :.....	61
2.6 Une faible influence sur le dépistage des troubles sensoriels :.....	62
2.7 Une faible influence sur la pratique vaccinale:.....	63
2.8 Une faible influence sur la courbe de corpulence :.....	65
2.9 Certaines limites de la ROSP pédiatrique :.....	66
2.10 Nouvelle notion de médecin traitant chez l'enfant :.....	71
2.11 La rémunération, un levier insuffisant pour l'amélioration du suivi de l'enfant ? :.....	72
2.12 Un avenir incertain pour la ROSP pédiatrique :.....	74
3 Discussion de la méthode :.....	75
4 Perspectives.....	79
Conclusion.....	80
Références.....	82
Annexes.....	87

Introduction

Au vu de la démographie médicale actuelle, le médecin généraliste a un rôle de plus en plus important dans le suivi de l'enfant. Ainsi, celui-ci est-il assuré par un pédiatre libéral ou le médecin de «famille», voire par les deux professionnels (1) (2). Selon le bilan démographique de l'INSEE, on compte en France au 1^{er} janvier 2022, 12 716 560 enfants de moins de 16 ans (3). En parallèle, d'après un constat de mars 2021 établi par la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), on observe un recul de l'exercice libéral de 20% en pédiatrie entre 2012 et 2021 (4).

Dans sa thèse de 2018, Catalan précise que l'évolution de la démographie pédiatrique étant en baisse au vu de la raréfaction des pédiatres ambulatoires, la prise en charge de l'enfant s'intègre d'autant plus dans la prise en charge globale de la famille. Les médecins généralistes réalisent alors 71% des actes de 0 à 6 ans (1).

Dans son rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, le Professeur Sommelet les décrit déjà en 2006 comme étant les acteurs de proximité du suivi médical des moins de 16 ans (5). D'ailleurs, ce rapport de référence est la première enquête demandée par le Ministère de la Santé sur l'organisation de l'offre de soin ambulatoire de l'enfant et de l'adolescent, un sujet que Chouvin qualifie, dans sa thèse de 2021, de «complexe» et «mal défini». Son étude comptabilise trois rapports ces dernières décennies puisque suivront celui du Professeur Berland et plus récemment celui du Professeur Chabrol en 2021 (6).

Le rapport du Professeur Sommelet soulignait également en 2006 l'importance de problématiques démographiques en matière de médecine de ville de l'enfant.

Un partage des rôles entre pédiatre et médecin généraliste était déjà nécessaire. Son travail référençait une proportion de 20 à 30 médecins généralistes pour 1 pédiatre libéral, en sachant que 10 à 25% de leur patientèle avait moins de 16 ans. Elle notait également un accès souvent plus facile au médecin généraliste qu'au pédiatre pour des raisons démographiques ou socio-économiques (5). Le travail de la commission de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), présidée par le Professeur Berland, a montré quant à lui en 2013, qu'après l'âge de 2 ans, une grande partie des enfants était suivie par les médecins généralistes en tant qu'acteurs de premier recours (7).

Le rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et du Professeur Chabrol sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France de mai 2021 a montré plus récemment un recul démographique important de la pédiatrie libérale et l'accroissement des difficultés depuis 2006. En effet, la situation s'est accentuée et les différentes composantes de la médecine ambulatoire de l'enfant sont «en crise». De plus, l'âge moyen des pédiatres libéraux laisse présager d'une aggravation de la situation. A l'inverse, ce rapport indiquait que les médecins généralistes jouaient un rôle important et croissant dans la prise en charge des enfants en assurant plus de 85% des consultations de ville chez les moins de 16 ans (8).

En France, la rémunération du médecin généraliste est une rémunération dite «à l'acte» proportionnelle au volume d'activité. Le paiement à l'acte est garanti par les conventions départementales depuis la création de la sécurité sociale en 1945 et par la convention nationale de 1969. Cette rémunération des médecins libéraux est une variable clé de la régulation de notre système de santé (9).

Depuis quelques années est apparu un nouveau mode de rémunération additionnelle: «le paiement à la performance», à savoir une incitation financière en échange de la réalisation d'objectifs ciblés. Ce nouveau mode de rémunération est apparu aux Etats-Unis sous le nom de P4P «Pay for Performance».

Le Quality and Outcomes Framework (QOF) est ensuite arrivé en Angleterre en avril 2004, comme l'explique Leitz dans sa thèse en 2014. Ce dispositif permet d'homogénéiser les pratiques médicales autour d'objectifs ciblés (10). L'adhésion y est volontaire, le but du dispositif étant, par incitation financière, d'accroître les motivations des médecins à délivrer des soins de qualité sur la base d'objectifs. Ce dispositif s'appuie sur des indicateurs de qualité clinique, la satisfaction des patients et l'organisation du cabinet.

Le rapport de l'IGAS de 2008 sur la rémunération des médecins selon leurs performances à l'étranger explique que les points obtenus reflètent le pourcentage des patients obtenant des soins conformes aux recommandations de la médecine fondée sur les preuves (11). Le Royaume-Uni a ainsi été le pays de référence pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie française lorsqu'elle a conçu un nouveau programme de rémunération : le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) (12).

Dans sa thèse de 2016, Aubry explique qu'en France, le CAPI correspond au premier paiement à la performance. Il est apparu en 2009. Il était basé sur le volontariat et comportait des objectifs de dépistage, de prévention, de suivi des pathologies chroniques et d'efficacité des prescriptions (9).

Le CAPI a des objectifs de santé publique mais vise également la maîtrise des dépenses de soins remboursables grâce à des prescriptions plus économes avec une meilleure efficacité. Ce programme a rencontré un succès inattendu auprès des généralistes (12).

Lors de l'établissement d'une première convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats des médecins libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est créée pour remplacer le CAPI (6) (13). Concernant uniquement les patients adultes, la ROSP est un nouveau mode de rémunération des médecins libéraux français, versée par l'Assurance Maladie au prorata d'objectifs fixés. Cette nouvelle rémunération s'adresse à l'ensemble des médecins généralistes n'ayant pas refusé le principe. Elle repose sur le suivi de 29 indicateurs couvrant deux grandes dimensions de la pratique médicale : l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale.

En 2021, pour les généralistes, le montant moyen de rémunération de la ROSP adulte s'élevait en moyenne à 4 891 euros par an et par médecin (14).

En 2016, la Loi de modernisation de notre système de santé de Madame Marisol Touraine, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé, a eu pour objectif de renforcer la coordination des soins autour de l'enfant. Cette loi a montré la volonté des pouvoirs publics à impliquer davantage les médecins généralistes dans les consultations systématiques et avait pour autre but de faciliter la mise en œuvre de mesures de prévention (1).

Grâce à elle, les patients de moins de 16 ans peuvent désormais choisir un médecin traitant, l'objectif étant d'affirmer le rôle pivot de ce dernier dans le suivi de leur parcours de soins. Cette loi recentre le système de santé sur les soins de proximité autour du médecin traitant (2).

Une nouvelle convention médicale concernant les médecins libéraux conventionnés a été signée le 25 août 2016, afin de mettre à jour la ROSP (15).

Le suivi médical des enfants est alors marqué par l'apparition de nouveaux objectifs de santé publique ayant pour but une amélioration de deux axes principaux :

la prévention et le suivi des maladies chroniques. Ils sont eux mêmes divisés en 7 sous-thèmes : asthme, obésité, vaccination, dépistage des troubles sensoriels, dépistage des troubles des apprentissages, antibiorésistance et suivi bucco-dentaire dans lesquels se trouvent au total 10 indicateurs (Annexe 1).

La ROSP «médecin traitant de l'enfant» est ainsi créée et entre en vigueur en janvier 2017 (16). Dans sa thèse de 2019, Aballea précise qu'elle concerne les médecins traitants déclarés pour les enfants de moins de 16 ans. Par exemple en 2018, il s'agissait d'une majorité de médecins généralistes (88%) contre 12% de pédiatres (17).

Ceux-ci peuvent renoncer à la totalité de cette rémunération en notifiant leur décision à leur caisse de rattachement dans les trois mois suivant la date d'installation (16).

Le médecin se voit attribuer un nombre de points en fonction des objectifs remplis et de leur taux de réalisation. La marge de progrès par rapport aux années précédentes est également prise en compte. Les indicateurs sont soit déclaratifs, soit renseignés automatiquement par la sécurité sociale.

La rémunération est calibrée sur une moyenne de 600 patients, avec une pondération en fonction de la patientèle déclarante de moins de 16 ans. L'ensemble des objectifs remplis représente un total de 305 points dont 70 correspondent au suivi des pathologies chroniques et 235 à des indicateurs de prévention. Le médecin reçoit 7 euros par point et peut suivre l'atteinte de ses indicateurs via son compte Ameli Pro (16) (17).

A titre d'exemple, la somme moyenne reçue par les médecins généralistes en 2018 était de 153 euros pour l'année (17).

Le suivi des enfants en France par le médecin généraliste a donc été confronté à des changements ces dernières années en raison de l'évolution de la démographie médicale et de la mise en place d'un médecin traitant pour les patients de moins de 16 ans. Pour améliorer ce suivi, une nouvelle convention médicale a créé la ROSP médecin traitant de l'enfant. Plusieurs études ont déjà été menées sur la ROSP dans la littérature mais celles-ci concernent quasi exclusivement la ROSP adulte. Il avait été préconisé par Dunet dans sa thèse de 2015 que des «études complémentaires devraient être menées afin de connaître les attentes précises des médecins généralistes sur ce mode de rémunération» (18).

Dans la littérature, une seule étude de pratique qualitative a étudié la ROSP du médecin traitant de l'enfant depuis son apparition en 2017, il s'agissait de la thèse de Payerne et Valat en Rhône-Alpes datant de 2020. Ceux-ci ont démontré que les médecins généralistes avaient une mauvaise connaissance de cette nouvelle rémunération pédiatrique et ont constaté qu'il n'existait pas encore d'étude explorant plus en détail cette méconnaissance de la ROSP du médecin traitant de l'enfant (19).

Même si la ROSP pédiatrique a été abordée succinctement dans certains travaux depuis 2017 (6), (17), (20), il semble qu'aucune étude quantitative portant sur la ROSP pédiatrique n'ait été menée dans la littérature à ce jour.

On peut alors se demander comment ce nouveau mode de rémunération influence le suivi de l'enfant chez les médecins généralistes dans leur pratique. Dans le système de santé, un rôle déterminant est joué par le mode de rémunération qui peut impacter l'efficacité des soins.

L'objectif principal de cette étude est d'estimer l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique pédiatrique sur la pratique quotidienne du suivi de l'enfant des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Les objectifs secondaires sont d'étudier la perception par les médecins de la ROSP pédiatrique, d'identifier les limites de ce dispositif ainsi que l'impact de la nouvelle notion de médecin traitant chez les moins de 16 ans dans leur suivi médical.

Matériel et méthodes

1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, quantitative, évaluant les pratiques. Le recueil de données a été effectué via un questionnaire anonyme en ligne, envoyé sur les messageries électroniques des médecins généralistes (Annexe 2).

2 Population de l'étude :

La population étudiée était les médecins généralistes installés des Hauts-de-France. Les médecins inclus sont ceux n'ayant pas refusé la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Les médecins remplaçants, hospitaliers et autres spécialités étaient exclus.

3 Elaboration du questionnaire :

Le choix d'un questionnaire envoyé par e-mail a été décidé par souci de facilité technique et de gratuité de la méthode. Un pré-test a été effectué auprès de trois médecins généralistes, dont la directrice de thèse, pour en améliorer la qualité.

L'étude a été réalisée à partir d'un questionnaire en ligne élaboré sur Limesurvey. Cet outil a été choisi car il permettait l'anonymat pour les répondants.

Le questionnaire contenait 36 questions à choix unique ou multiple ainsi que 3 questions à réponse libre. Il était obligatoire de répondre à 34 questions.

Les questions pouvaient être classées en 8 sous-groupes :

- les caractéristiques socio-démographiques
- la connaissance de la ROSP pédiatrique
- la pratique concernant les indicateurs de prévention
- la pratique concernant les indicateurs de pathologies chroniques
- la perception de la ROSP pédiatrique et de ses indicateurs
- le choix du médecin traitant chez l'enfant
- les limites de la ROSP pédiatrique

4 Déroulement de l'étude :

Au total, 513 médecins généralistes des Hauts-de-France installés ont été contactés par courriel, soit via la mailing list du Département de Médecine Générale de l'Université de Lille, soit en recueillant leur email par appels téléphoniques, auprès de contacts personnels ou par les réseaux sociaux. L'Université d'Amiens n'a pas donné suite à notre demande de diffusion du questionnaire.

Un e-mail contenant le lien hypertexte du questionnaire a ainsi été adressé aux médecins généralistes pour leur expliquer la démarche et leur proposer d'y répondre.

Le recueil de données s'est déroulé du 15 septembre 2022 au 15 décembre 2022.

En raison d'un nombre insuffisant de réponses au 15 novembre 2022 (94 réponses soit un taux de participation à 18,3%), une relance a été nécessaire 2 mois après le lancement.

5 Analyse statistique

Les variables quantitatives seront décrites par la moyenne et l'écart type en cas de distribution gaussienne ou par la médiane et l'interquartile (i.e 25ème et 75ème percentiles) dans le cas contraire. La normalité des distributions sera vérifiée graphiquement par des histogrammes et par le test de Shapiro-Wilk.

Les variables qualitatives nominales seront décrites par les effectifs et pourcentages de chaque modalité. L'analyse bivariée sera faite à l'aide d'un test de Chi-2 ou exact de Fischer pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, un test t de Student sera utilisé. Tous les tests seront bilatéraux et le seuil de significativité retenu sera de 5%. Les questions ouvertes seront traitées manuellement, classant par thème chaque commentaire libre à des fins statistiques.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel Excel (version) et R (version 4.2.2).

6 Cadre réglementaire

Une étude de conformité du traitement des données personnelles selon les dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et de la loi informatique et libertés a été réalisée par le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille.

L'envoi du questionnaire par messagerie électronique s'est déroulé après avoir reçu un avis favorable du service de Protection des Données de l'Université de Lille.

Il n'était pas nécessaire de demander l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de faire une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) car le questionnaire était anonyme.

Résultats

1 Analyse univariée :

Sur les 513 médecins contactés, 171 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse à 33,33%. 33 réponses ont été exclues de l'analyse car elles étaient incomplètes. L'analyse des résultats reposait sur les 138 réponses qui étaient complètes.

1.1 Caractéristiques socio-démographiques des répondants :

1.1.1 L'âge :

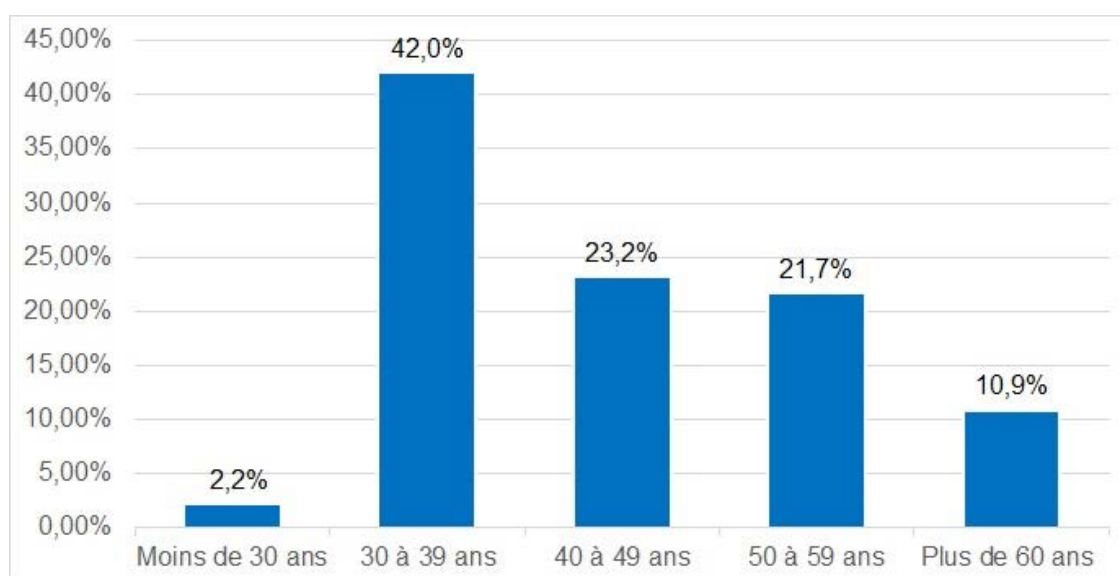


Figure 1 : Répartition des médecins de l'étude selon leur âge

La tranche d'âge 30-39 ans était la plus représentée parmi les répondants avec 58 médecins. La deuxième était la tranche 40-49 ans avec 32 médecins, suivie de la tranche 50-59 ans avec 30 médecins.

1.1.2 Le sexe :

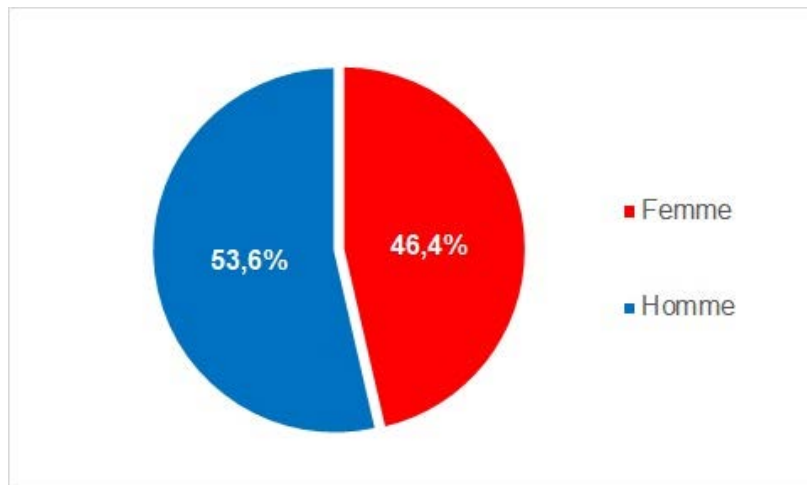


Figure 2 : Répartition des médecins de l'étude selon leur sexe

L'étude portait sur 138 médecins généralistes installés parmi lesquels il y avait 74 hommes et 64 femmes.

1.1.3 Le milieu d'exercice :

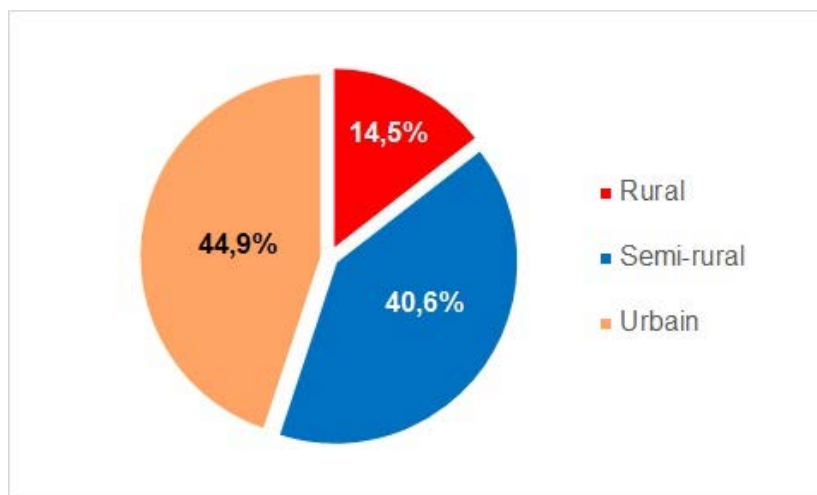


Figure 3 : Répartition des médecins de l'étude selon leur milieu d'exercice

62 médecins travaillaient en zone urbaine, 56 en zone semi-rurale et 20 en zone rurale.

1.1.4 Le mode d'exercice :

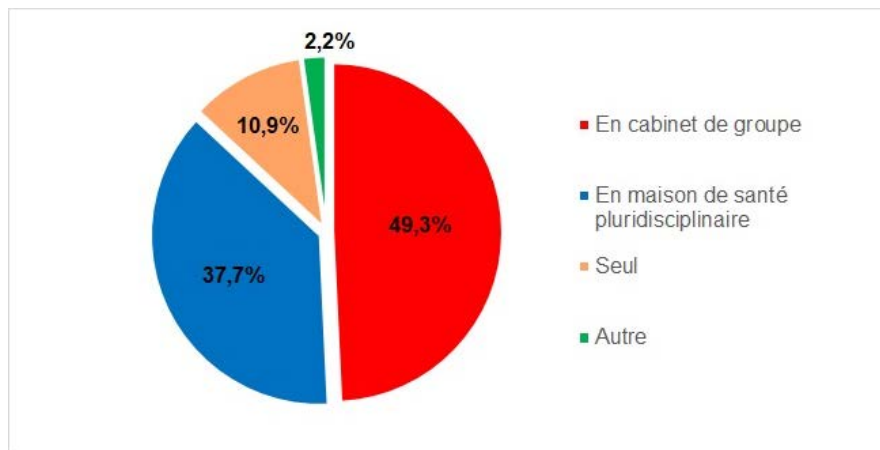


Figure 4 : Répartition des médecins de l'étude selon leur mode d'exercice

La majorité des médecins interrogés exerçait en groupe soit 68 médecins. 52 exerçaient en maison de santé pluridisciplinaire, 15 exerçaient seuls et enfin 3 médecins exerçaient d'une autre façon.

1.1.5 La durée d'installation :

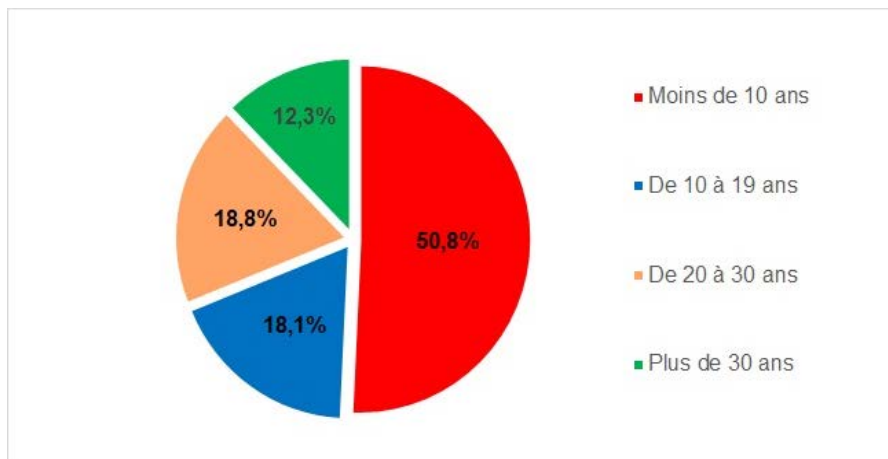


Figure 5 : Répartition des médecins de l'étude en fonction de la durée depuis leur installation

Parmi les 138 médecins interrogés, la majorité était installée depuis moins de 10 ans (n=70).

1.1.6 Estimation quantitative des Maîtres de Stage des Universités :

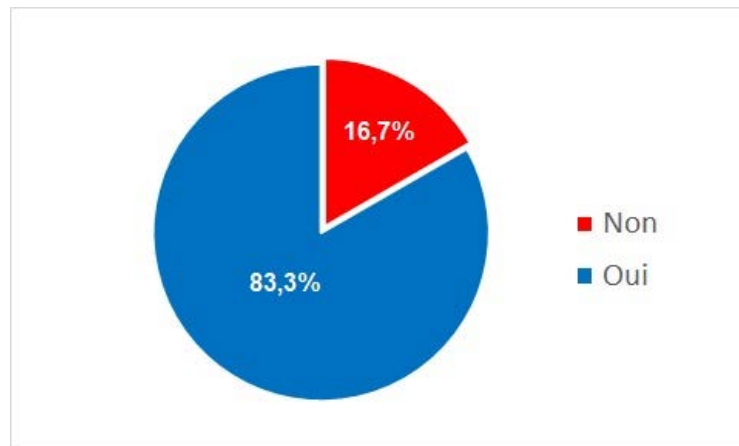


Figure 6 : Pourcentage de Maître de Stage des Universités parmi les médecins de l'étude

Les médecins ayant répondu étaient majoritairement Maîtres de Stage des Universités (n=115).

1.2 La patientèle pédiatrique prise en charge:

1.2.1 Estimation quantitative de la patientèle pédiatrique :

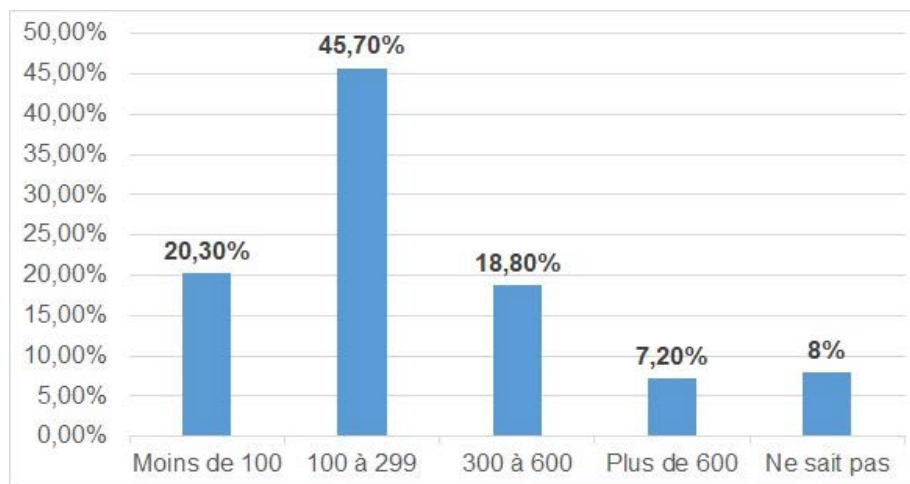


Figure 7 : Proportion des patients de moins de 16 ans au sein de la patientèle des médecins de l'étude

63 médecins avaient entre 100 à 299 patients de moins de 16 ans dans leur patientèle. Il s'agissait de la tranche quantitative la plus représentée. 11 médecins ne savaient pas répondre à cette question.

1.2.2 Estimation quantitative de la patientèle pédiatrique déclarée médecin traitant :

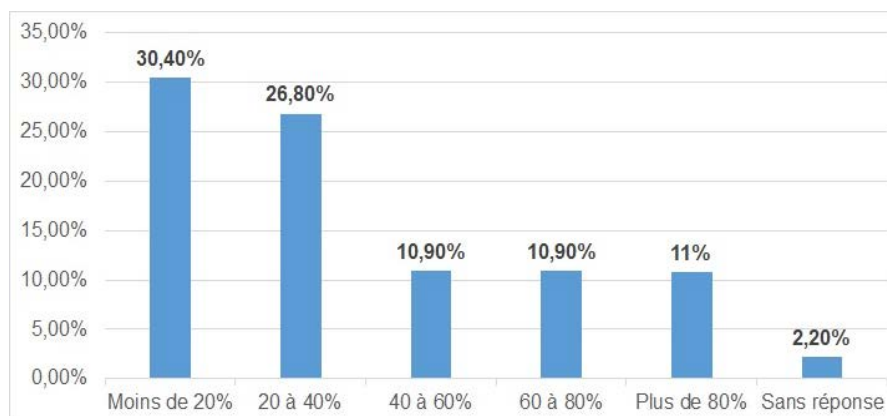


Figure 7 : Proportion de moins de 16 ans déclarés médecin traitant dans la patientèle des médecins

Pour 42 des médecins répondants, moins de 20% de leur patientèle pédiatrique était déclarée médecin traitant. Cette tranche était la plus représentée.

1.3 Connaissance des indicateurs de la ROSP pédiatrique :

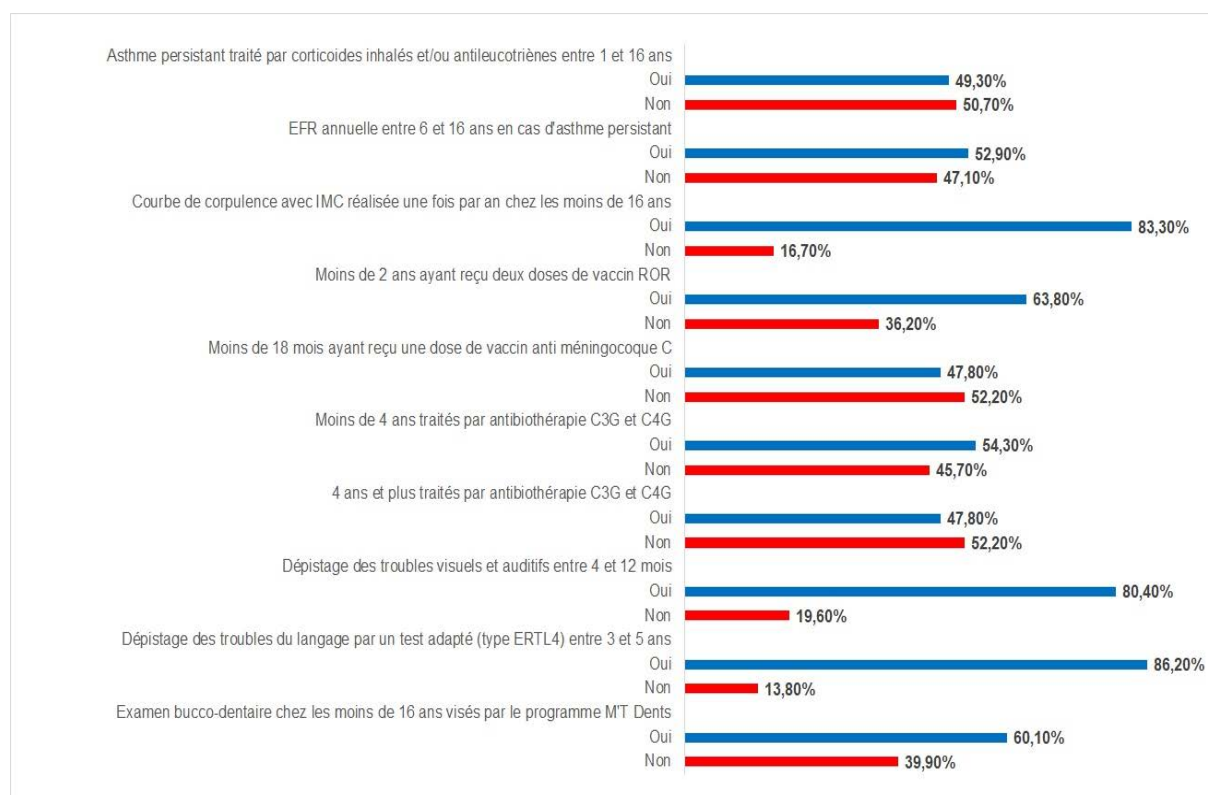


Figure 8 : Niveau de connaissance des indicateurs de la ROSP pédiatrique des médecins

Les indicateurs en santé de la ROSP pédiatrique connus par la majorité des médecins interrogés étaient :

- le dépistage des troubles du langage (n=119).
- la courbe de corpulence par IMC (n=115).
- le dépistage des troubles visuels et auditifs (n=111).

Les indicateurs en santé les moins connus étaient :

- la vaccination des moins de 18 mois pour le vaccin anti méningocoque C (n=66).
- la prescription d'antibiothérapie par C3G /C4G chez les 4 ans ou plus (n=66).
- le traitement de l'asthme persistant par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes entre 1 et 16 ans (n=68).
- 3 indicateurs sont connus par moins de 50 % des répondants.
- 4 indicateurs sont connus par entre 50 et 80% des répondants.
- 3 indicateurs sont connus par 80 % ou plus des répondants.

1.4 Influence de la ROSP pédiatrique :

1.4.1 Amélioration globale de la pratique médicale :

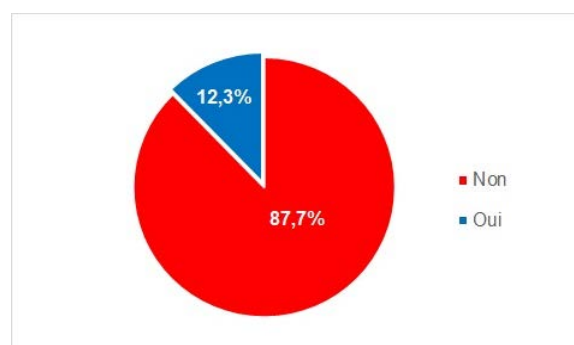


Figure 9 : Pourcentage des médecins améliorant leur pratique pédiatrique depuis la ROSP

La majorité des interrogés, soit 121 médecins, considérait que leur suivi de l'enfant ne s'était pas amélioré depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique.

1.4.2 Formation médicale continue pédiatrique:

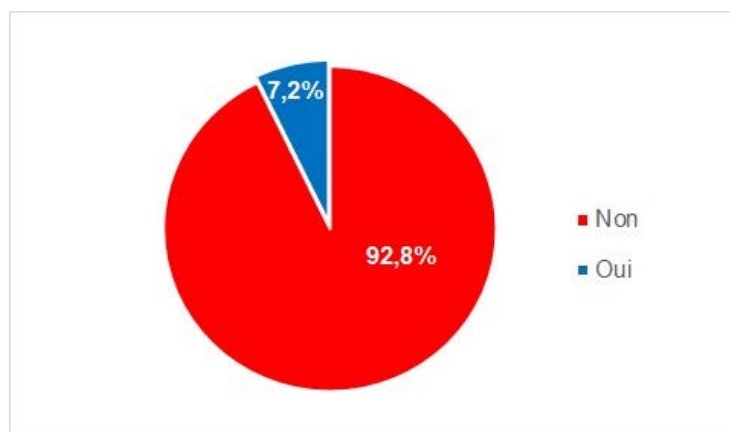


Figure 10 : Pourcentage des médecins étant incité à faire de la formation médicale continue pédiatrique depuis la ROSP

128 médecins n'étaient pas incités à faire de la formation médicale continue pédiatrique depuis l'instauration de la ROSP médecin traitant de l'enfant.

1.4.3 Pathologies chroniques :

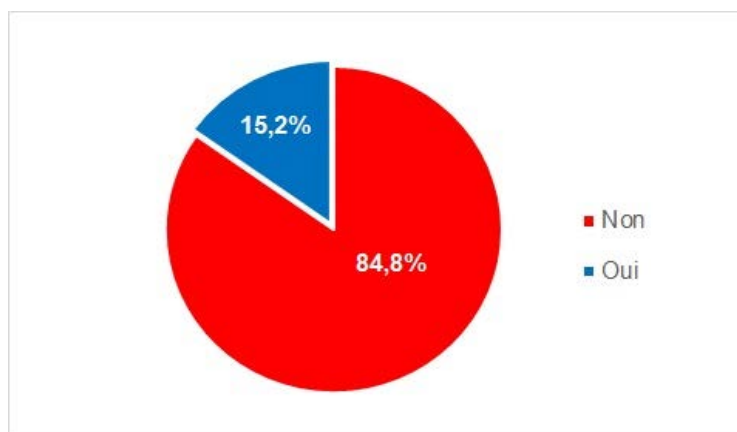


Figure 11 : Avis des médecins sur l'amélioration du suivi des pathologies chroniques depuis la ROSP

Majoritairement, le suivi des pathologies chroniques de l'enfant n'était pas amélioré depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique (n=117).

1.4.4 Prévention :

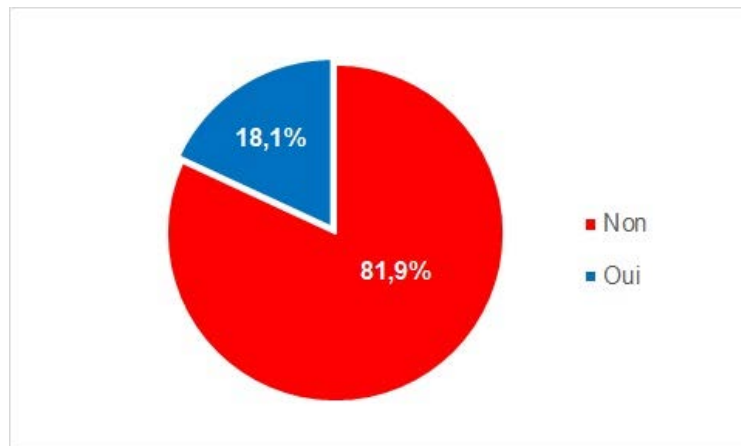


Figure 12 : Avis des médecins sur l'amélioration du suivi de la prévention depuis la ROSP

La prévention dans le suivi de l'enfant n'était pas améliorée pour la majorité des interrogés (n=113).

1.4.5 Pratique vaccinale en pédiatrie :

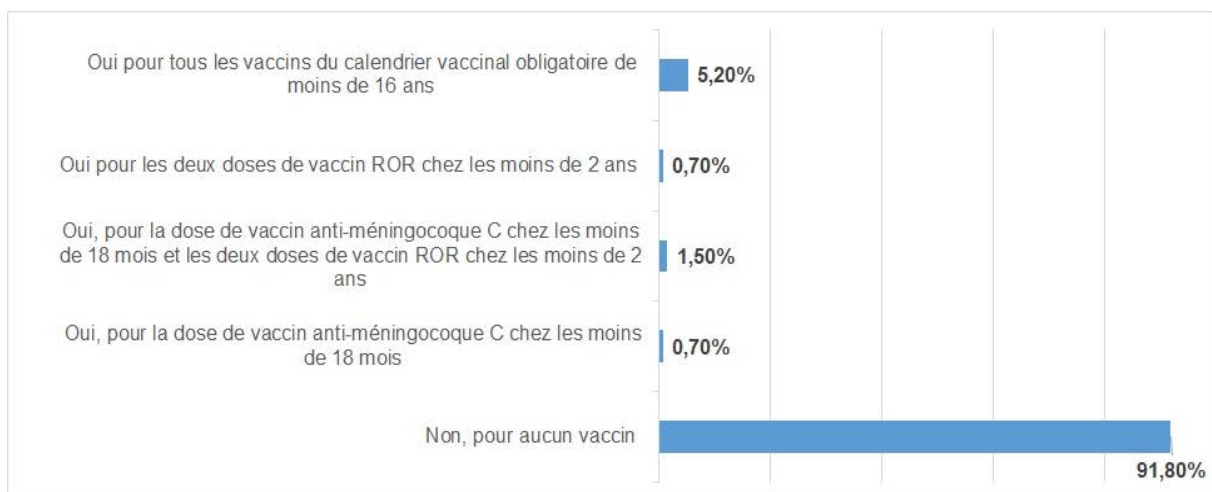


Figure 13 : Avis des médecins sur l'amélioration de leur pratique vaccinale depuis la ROSP

Concernant la prévention vaccinale, la majorité des médecins répondants n'y était pas plus attentive depuis l'instauration de la ROSP et ce, pour aucun vaccin (n=123).

1.4.6 Bon usage des antibiotiques :

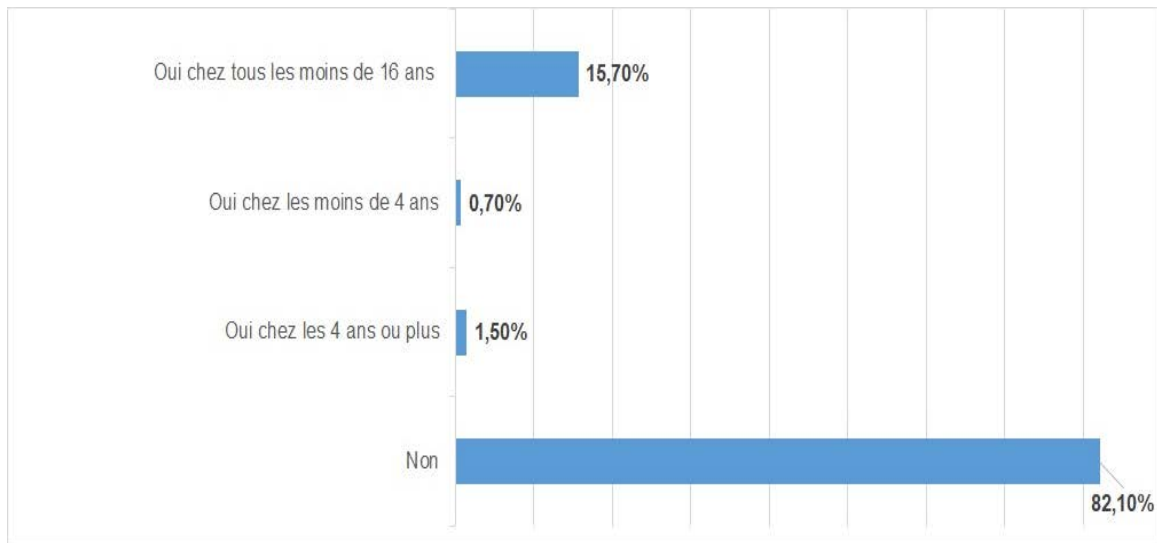


Figure 14 : Avis des médecins sur la diminution de leurs prescriptions de C3G/C4G depuis la ROSP

Concernant la prescription des antibiotiques, la majorité des médecins répondants ne diminuait pas sa prescription d'antibiothérapie par céphalosporines de 3ème et 4ème génération chez les moins de 16 ans depuis l'instauration du dispositif (n=110).

1.4.7 Dépistage des troubles du langage :

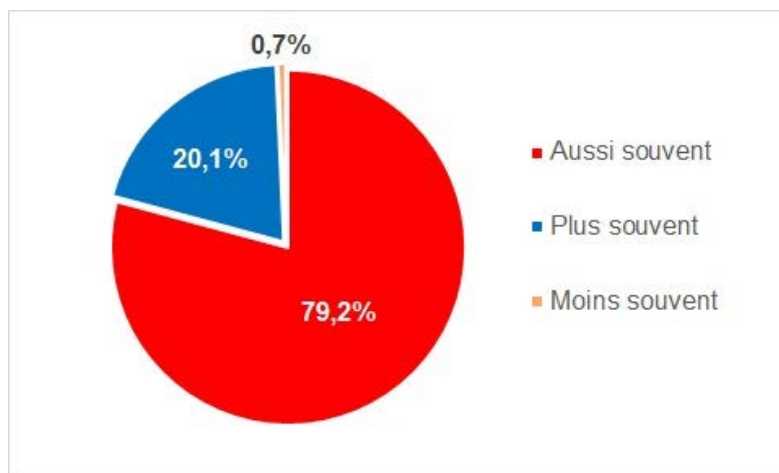


Figure 15 : Répartition des médecins selon la fréquence de dépistage du langage depuis la ROSP

Concernant l'indicateur du dépistage des troubles du langage, seulement 27 médecins le pratiquaient plus souvent depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique.

1.4.8 Dépistage des troubles sensoriels :

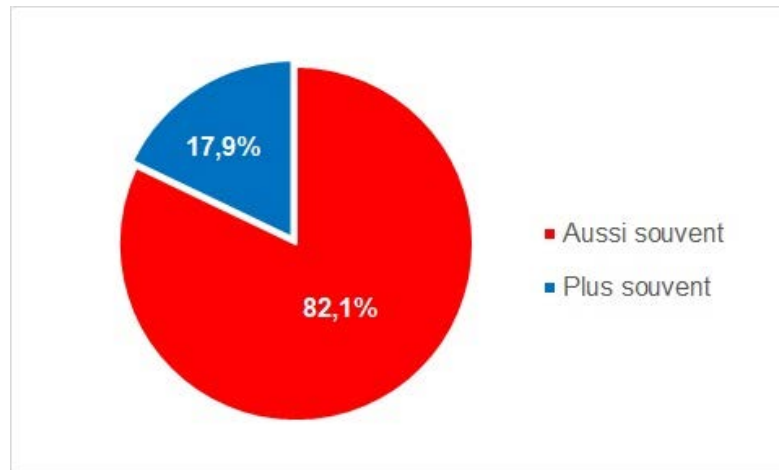


Figure 16 : Répartition des médecins selon la fréquence de dépistage des troubles sensoriels depuis la ROSP

Concernant l'indicateur du dépistage des troubles visuels et auditifs, seulement 24 médecins le pratiquaient plus souvent depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique. Aucun médecin le pratiquait moins souvent.

1.4.9 Courbe de corpulence :

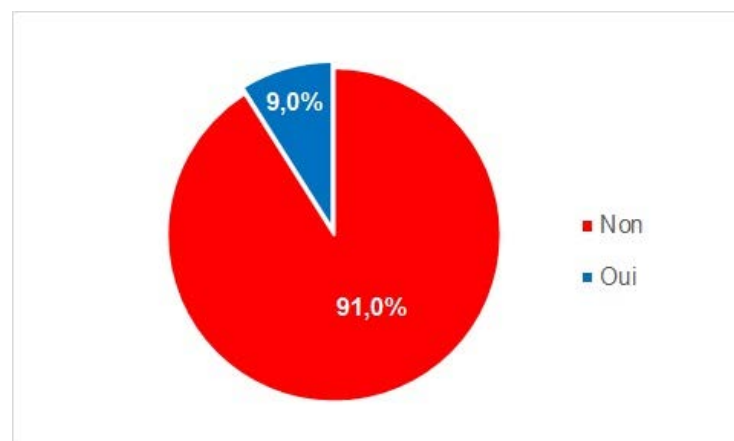


Figure 17: Répartition des médecins selon l'amélioration de la réalisation de la courbe de corpulence avec l'IMC depuis la ROSP.

Concernant l'indicateur de la courbe de corpulence réalisée à partir de l'IMC, seulement 12 médecins l'établissaient plus souvent depuis l'instauration de la ROSP.

1.4.10 Suivi bucco-dentaire :

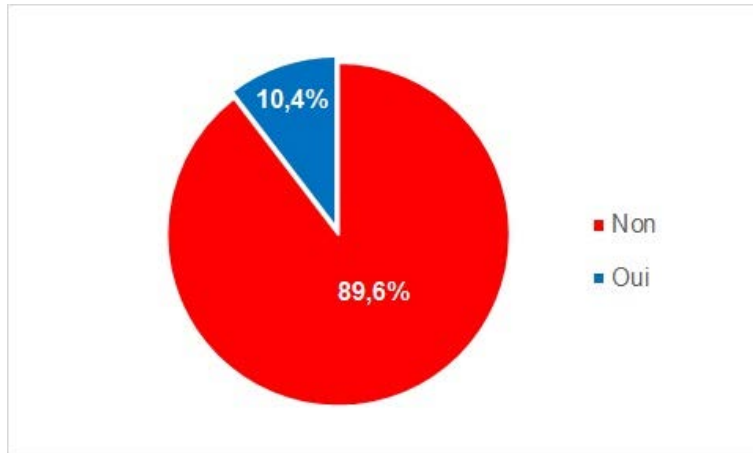


Figure 18 : Répartition des médecins selon l'amélioration du dépistage bucco-dentaire depuis la ROSP.

Seulement 14 médecins étaient plus attentifs à l'examen bucco-dentaire de leur patientèle pédiatrique depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique.

1.4.11 Traitement de fond de l'asthme :

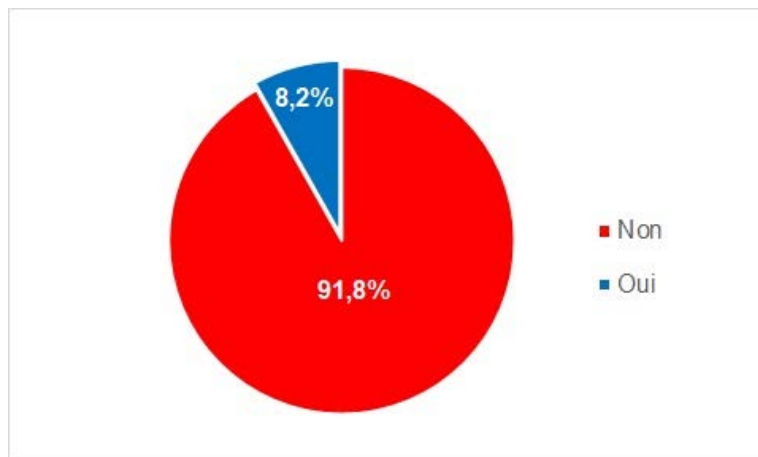


Figure 19 : Répartition des médecins selon l'amélioration de leur prescription du traitement de fond de l'asthme persistant depuis la ROSP.

Seulement 11 des médecins étaient plus attentifs au traitement de fond de l'asthme persistant chez les moins de 16 ans depuis l'instauration du dispositif.

1.4.12 EFR annuelle :

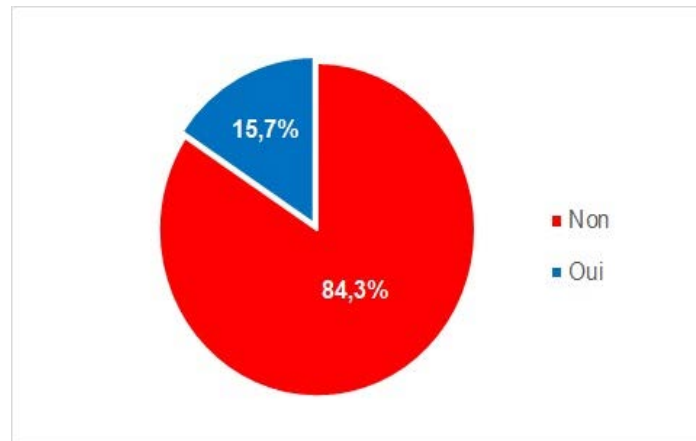


Figure 20 : Répartition des médecins selon l'amélioration de leur suivi par EFR annuelle de l'asthme persistant depuis la ROSP.

Seulement 21 médecins étaient plus attentifs au suivi annuel par EFR de l'asthme persistant chez les enfants de 6 à 16 ans depuis l'instauration de la ROSP.

1.5 Perception de la ROSP pédiatrique par les médecins répondants :

1.5.1 La ROSP pédiatrique dans sa globalité:

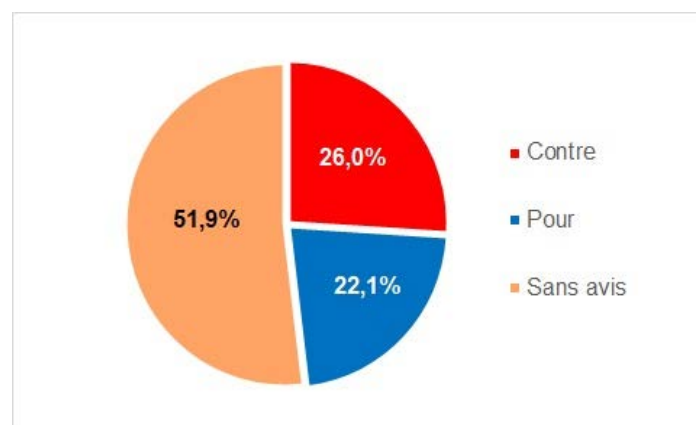


Figure 21 : Avis global des médecins de l'étude sur la ROSP pédiatrique

La majorité des médecins n'avait «pas d'avis» concernant la ROSP pédiatrique (n=68). 34 médecins étaient «contre» et 29 médecins étaient «pour» le dispositif.

1.5.2 Perception des indicateurs :

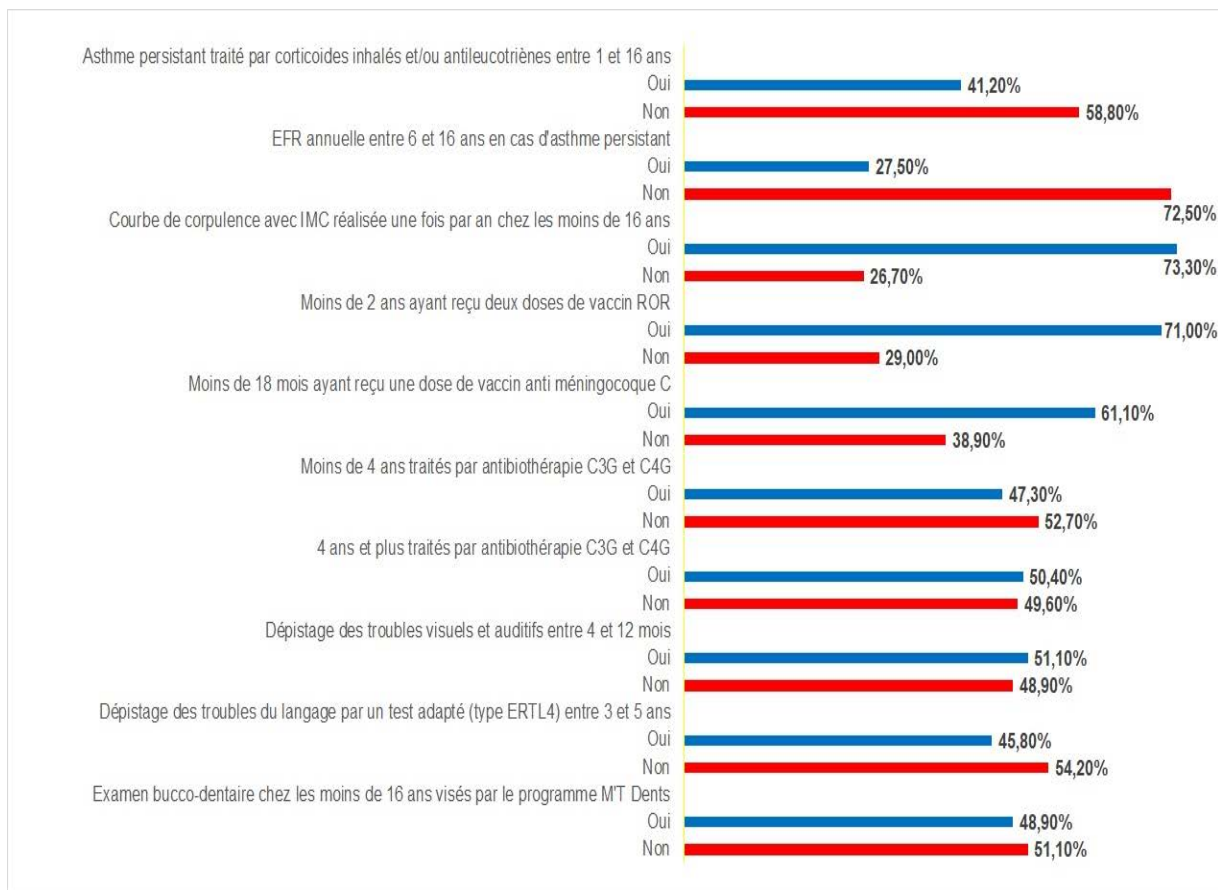


Figure 22 : Avis favorables ou non des médecins concernant les indicateurs de la ROSP pédiatrique

Il y avait 7 participants qui n'ont pas répondu à cette question, ils n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Les indicateurs auxquels les médecins étaient le plus favorable sont :

- la courbe de corpulence avec IMC (n=96).
- les deux doses de vaccin ROR chez les moins de 2 ans (n=93).
- une dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois (n=80).

Ils étaient le moins favorable à l'indicateur EFR annuelle (n=36). Pour la moitié des indicateurs, plus de 50 % des répondants n'y étaient pas favorables.

1.5.3 Justification libre des médecins ayant répondu «non favorable» à un ou plusieurs indicateurs :

Les commentaires des médecins expliquant leur défaveur envers certains indicateurs ont été classés en plusieurs thèmes (73 réponses au total soit 52,9%):

- certains médecins sont défavorables aux indicateurs car contre le dispositif (29 réponses soit 21%).

Exemples : «aucune utilité dans ma pratique», «ils n'ont aucune incidence sur ma façon de travailler je ne vois pas l'intérêt», «je ne suis favorable à rien», «des indicateurs auxquels j'étais déjà attentive avant la ROSP», «la ROSP ne change pas ma pratique clinique», «je suis contre le principe de la ROSP».

- certains indicateurs ne relèveraient pas, selon certains médecins, de la médecine générale mais plutôt de la médecine scolaire ou encore de la PMI notamment dans les indicateurs de prévention (23 réponses soit 16,6%) .

Exemples: «examen bucco-dentaire ne dépend pas de nous», «les actes de dépistage sont assurés au cabinet par notre infirmière Asalée», «les autres indicateurs n'appartiennent pas à la médecine générale», «Rôle de la médecine scolaire du dépistage des troubles du langage et bucco-dentaire et non du ressort du médecin généraliste», «je n'y trouve pas mon rôle».

- une incompréhension du mode de calcul et du mode de comptabilité (15 réponses soit 10,8%).

Exemples : «mauvais calcul des indicateurs», «les indicateurs ne prenant pas en compte la situation clinique dans sa complexité», «mode de recueil des vaccinations par la CPAM erroné ne tient pas compte des vaccins réalisés en PMI ou hôpital», «le calcul de la ROSP est très obscur et peu fiable».

- un manque de temps (8 réponses soit 5,8%) : certains indicateurs prennent trop de temps en consultation pour leur réalisation notamment les indicateurs de dépistages du langage et des troubles sensoriels.

Exemples : «manque de temps à l'examen pour les dépistages», «c'est trop chronophage».

- une difficulté d'accès aux autres professionnels (5 réponses soit 3,6%) notamment pour l'indicateur de l'EFR annuelle et le dépistage bucco-dentaire.

Exemples : «impossibilité d'obtenir des consultations spécialisées», «pas de possibilité de réaliser des EFR tous les ans car il manque de pneumopédiatres».

1.5.4 Indicateurs déclaratifs :

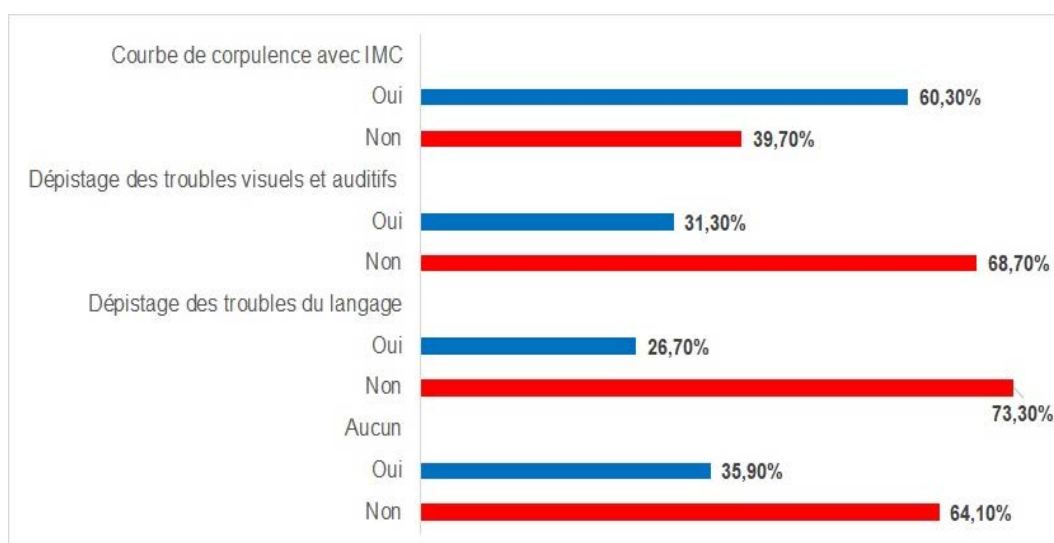


Figure 23 : Avis des médecins concernant l'évaluation objective ou non des indicateurs déclaratifs de la ROSP

Concernant les trois indicateurs déclaratifs, 47 médecins estimaient qu'aucun indicateur déclaratif n'était objectivement évaluable. 96 médecins jugeaient le dépistage des troubles du langage pas objectivement évaluable, 90 pour le dépistage des troubles sensoriels et 52 pour la courbe de corpulence avec IMC.

1.5.5 Représentativité de la ROSP pédiatrique :

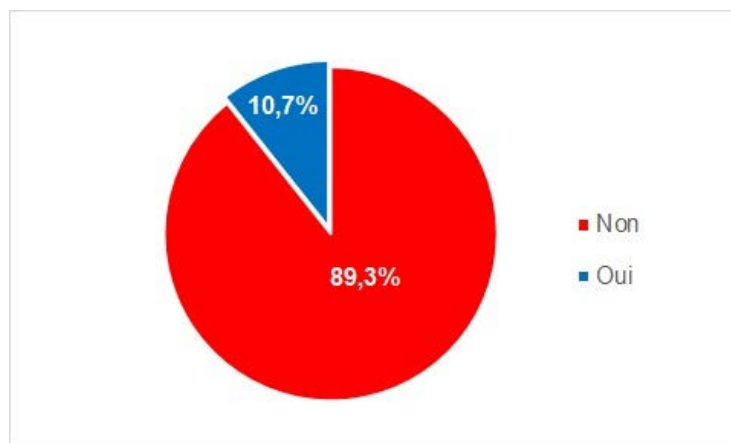


Figure 24 : Avis des médecins selon la représentativité ou non de leur performance selon la ROSP

Pour la majorité des médecins répondants, leur performance selon la ROSP pédiatrique n'était pas représentative de la qualité de leur travail (n=117).

1.5.6 Taux de réalisation des indicateurs :

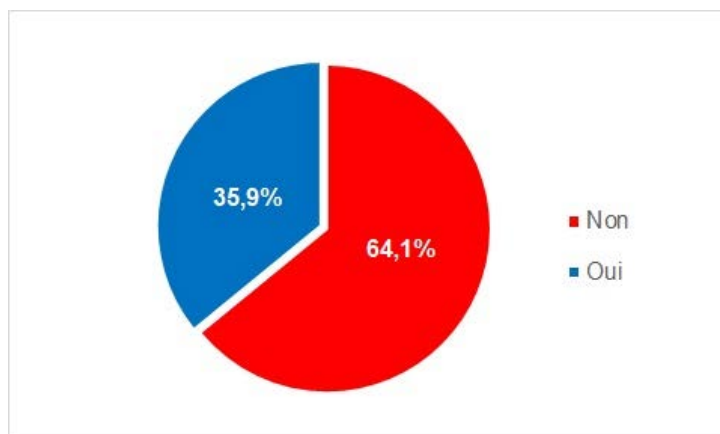


Figure 25 : Avis des médecins sur la réalisation des objectifs cibles de la ROSP.

Pour 84 médecins, les taux des objectifs cibles de la ROSP médecin traitant de l'enfant n'étaient pas justement réalisables.

1.6 Nouvelle notion de médecin traitant en pédiatrie :

1.6.1 Avis des médecins :

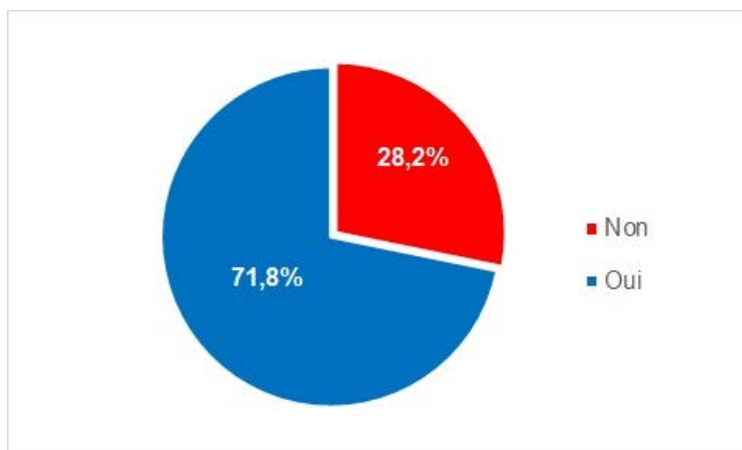


Figure 26 : Répartition des médecins selon leur avis favorable ou non à la nouvelle notion de médecin traitant de l'enfant

Pour la majorité des médecins répondants, cette nouvelle notion de médecin traitant chez les patients de moins de 16 ans a été accueillie favorablement (n=94).

1.6.2 Influence sur la taille de la patientèle pédiatrique :

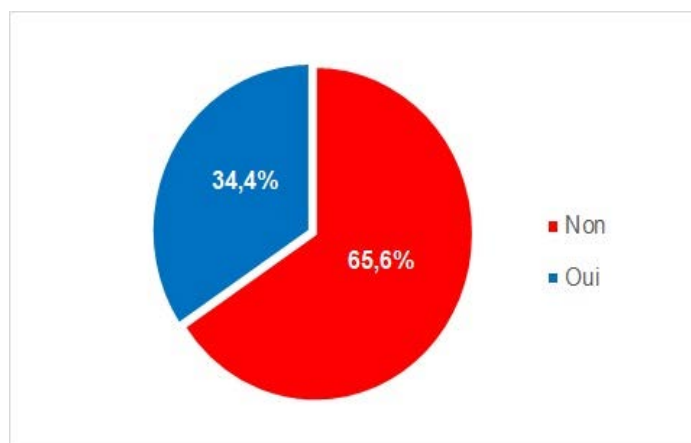


Figure 27 : Avis des médecins concernant l'augmentation de leur patientèle pédiatrique ou non depuis la ROSP

Le volume de patientèle pédiatrique a augmenté pour 45 des médecins interrogés depuis l'instauration du dispositif.

1.6.3 Pratique médicale en fonction du statut de médecin traitant :

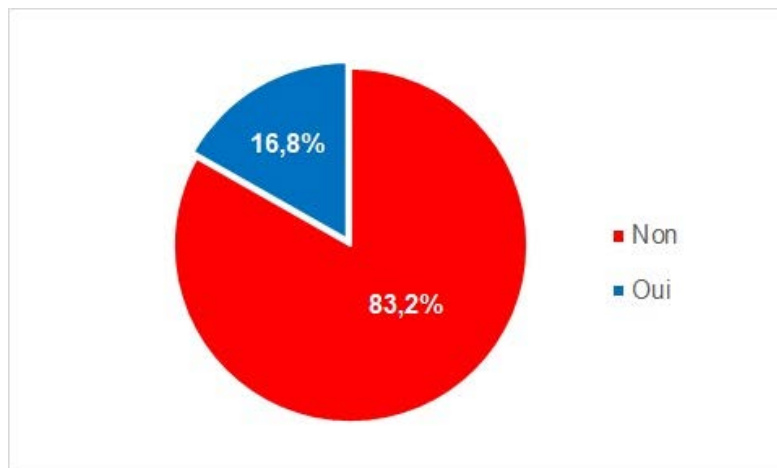


Figure 28 : Modification de la pratique médicale pédiatrique en fonction du statut de médecin traitant

22 médecins ont déclaré ne pas avoir la même pratique médicale du suivi de l'enfant en fonction de leur statut de médecin «traitant» ou non au sein de leur patientèle.

1.7 Les limites de la ROSP pédiatrique:

1.7.1 Point de vue sur la rémunération :

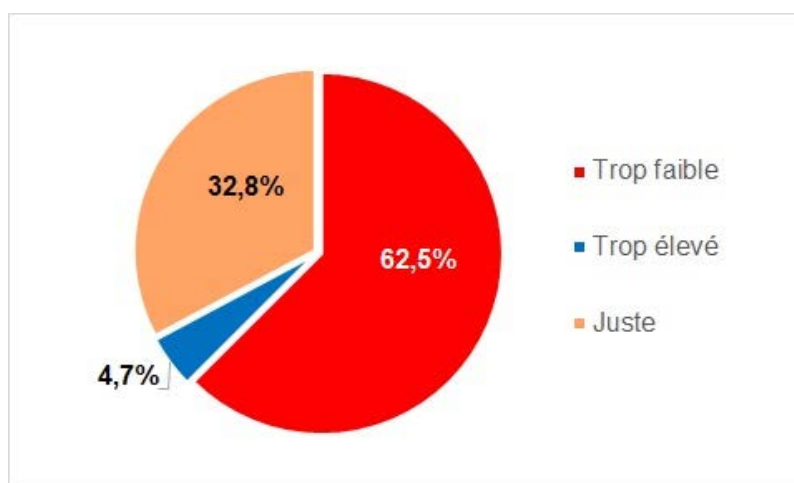


Figure 29 : Estimation de la rémunération de la ROSP pédiatrique par les médecins de l'étude

La rémunération de la ROSP pédiatrique a été jugée trop faible par la majorité des médecins répondants (n=80).

1.7.2 Exigence des indicateurs :

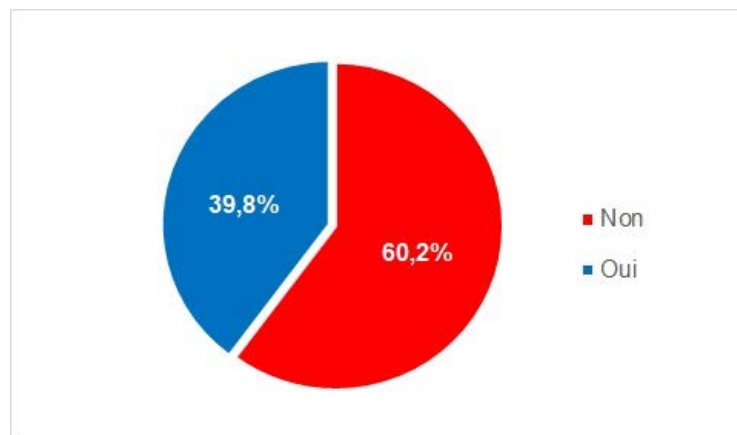


Figure 30 : Avis des médecins concernant la trop grande exigence ou non des indicateurs de la ROSP

La majorité des médecins ne considéraient pas les indicateurs de la ROSP pédiatrique trop exigeants (n=77).

1.7.3 Réponses libres des répondants sur les difficultés de réalisation des indicateurs :

Les commentaires libres des médecins expliquant leurs difficultés à la réalisation des indicateurs ont été classés dans les thèmes suivants (126 réponses au total soit 91,3%) :

- un manque de temps : (avec 30 réponses soit 21,7%) notamment pour le dépistage du langage.

Exemples de réponse: «manque de temps...», «chronophage».

- une démographie médicale avec pénurie de professionnels, notamment les dentistes et pneumopédiatres, ne permettant pas de réaliser certains indicateurs (14 réponses soit 10%).

Exemples : «défaut d'accessibilité de l'offre de soin», «difficultés d'accès aux EFR», «difficultés voire impossibilité d'obtention de RDV chez certains spécialistes».

- une incompréhension du mode de recueil et de calcul (17 réponses soit 12,3%).

Exemples : «absence de vérification des données de la CPAM», «indicateurs mal calculés», «chiffres faux comparés à ma pratique», «doute sur la réalité des chiffres relevés, qui ne correspondent parfois pas à la pratique».

- certains médecins sont défavorables aux indicateurs et «contre» la ROSP pédiatrique (12 réponses soit 8,6%).

Exemples : «je ne trouve aucun intérêt à la ROSP si ce n'est d'augmenter la rémunération pour compenser l'acte qui n'est pas bien valorisé», «je pense que le ROSP dans sa globalité est inutile et ne devrait pas exister car il ne change en rien ma façon de soigner».

- certains considèrent que ce n'est pas leur rôle, notamment pour les dépistages, mais plutôt celui «de la PMI» ou de la «médecine scolaire» (7 réponses soit 5%).

Exemples : «le programme MT'dents concerne les dentistes pas les MG», «test de langage assez peu adapté à la médecine générale qui devrait être du domaine de l'école».

- -un manque de matériel (6 réponses soit 4,3%).
- un manque de connaissance (6 réponses soit 4,3%).

Exemple : «je ne les connais pas».

- un manque de formation (5 réponses soit 3,6%).

Exemple: «pas formés dépistages neurosensoriels ni trouble du langage»,
«pas la formation adaptée».

- à contrario, certains n'ont «aucune difficulté» dans la réalisation des indicateurs (13 réponses soit 9,4%).

1.7.4 Nombre d'indicateurs :

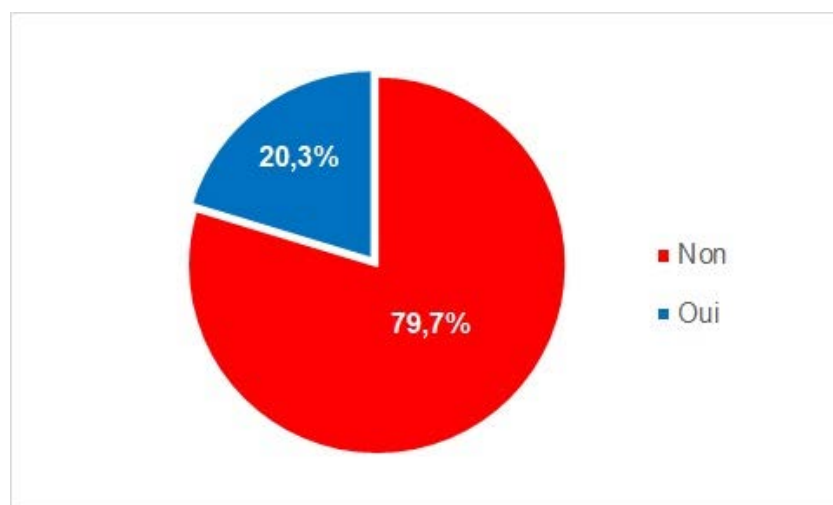


Figure 31: Répartition des médecins favorables ou non à l'augmentation du nombre d'indicateurs en santé pédiatrique

102 médecins interrogés étaient contre l'augmentation du nombre d'indicateurs en santé pédiatrique de la ROSP.

1.7.5 Liberté de pratique :

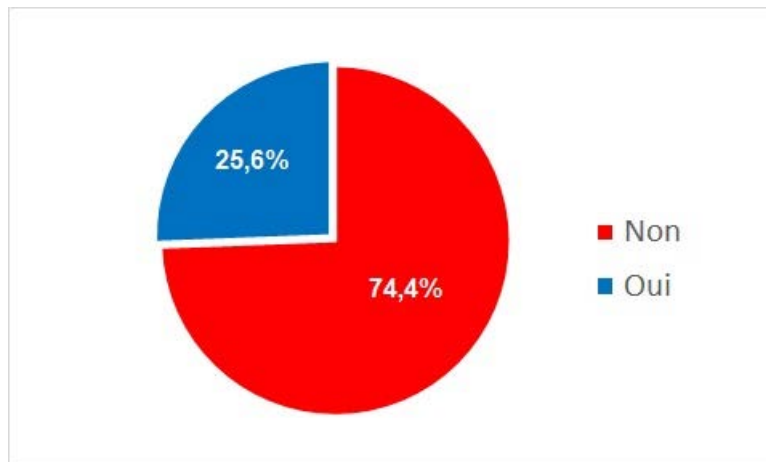


Figure 32 : Répartition des médecins considérant ou non que la ROSP pédiatrique nuit à leur liberté de pratique.

La majorité des médecins considérait que la ROSP médecin traitant de l'enfant ne nuisait pas à leur liberté de pratique médicale (n=96).

1.7.6 Réponses des répondants en commentaire libre :

Les commentaires des médecins ont été classés par thèmes dont certains ont déjà été exprimés dans les précédentes questions à commentaire libre (34 réponses au total soit 24,7%) :

- certains médecins sont «contre» le dispositif (12 réponses soit 8,7%).

Exemples : «ce système n'a, à mon avis, aucun avenir pour les bonnes pratiques médicales», «la ROSP est pour moi un mauvais levier pour améliorer le suivi de l'enfant en santé publique», «beaucoup de pays (notamment le Royaume Uni) ont abandonné la rémunération par objectif de santé, celle-ci n'ayant jamais prouvé une quelconque amélioration de la qualité des soins».

- une incompréhension du mode de calcul et du mode de comptabilité (7 réponses soit 5%).

Exemple : «les données fournies par la CPAM ne sont pas vérifiables», «les médecins qui ont peu de pédiatrie sont très avantagés»

- les indicateurs sont trop chronophages (6 réponses soit 4,3%)

Exemple : «tout faire est chronophage».

- le manque de formation en pédiatrie a été abordé (2 réponses soit 1,45%).

Exemples : «les indicateurs n'ont pas fait changer ma pratique c'est notre propre formation qui peut faire changer» et «il faudrait plus de formation en pédiatrie chez les médecins».

- deux médecins défavorables au dispositif parlent d'«infantilisation» : (2 réponses soit 1,45%).

Exemples : «infantilise» et «il faut peut être cesser de nous infantiliser avec des objectifs».

De nouveaux axes d'amélioration de la ROSP pédiatrique ont également été proposés par certains médecins:

- la rémunération du dispositif étant jugée trop faible par certains médecins (10 réponses soit 7,2%) des propositions de modifications de la rémunération ont été faites.

Exemples : «les ROSP ne sont à mes yeux qu'une façon déguisée d'augmenter la rémunération des médecins sans toucher au montant de la consultation qui est trop faible», «il faudrait surtout une revalorisation des

consultations recommandée», «il faudrait une rémunération à l'acte plus adaptée pour des consultations pédiatriques».

- l'ajout de nouveaux indicateurs notamment de prévention (3 réponses soit 2,2%).

Exemples : «la vaccination Gardasil chez le garçon?», «information sur le tabac l'alcool et les drogues?», «vaccination au rotarix? Et au méningo B», «l'incitation au sport», « une ROSP pour le suivi du nouveau-né et nourrisson».

2 Analyse bivariée :

Une analyse croisée a été réalisée selon la réponse à la question : «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant ?» sur les questions suivantes :

- les caractéristiques socio-démographiques
- la connaissance des indicateurs
- l'incitation à la formation médicale continue pédiatrique
- la pratique des indicateurs
- l'avis global concernant la ROSP pédiatrique
- la perception des indicateurs de la ROSP pédiatrique
- la perception des indicateurs déclaratifs
- la perception de la représentativité
- la perception de la rémunération
- la perception du nombre d'indicateurs

2.1 Analyse croisée selon les caractéristiques socio-démographiques :

Tableau 1 : Analyse croisée selon les caractéristiques socio-démographiques

Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP			
Caractéristiques socio-démographiques	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	p-value ²
Age			
Moins de 30 ans	3 (2,5%)	0 (0,0%)	0,55
30-39 ans	53 (43,8%)	5 (29,4%)	
40-49 ans	26 (21,5%)	6 (35,3%)	
50-59 ans	25 (20,7%)	5 (29,4%)	
Plus de 60 ans	14 (11,4%)	1 (5,9%)	
Sexe			
Femme	55 (45,5%)	9 (52,9%)	0,56
Homme	66 (54,5%)	8 (47,1%)	
Milieu d'exercice			
Rural	18 (14,9%)	2 (11,8%)	>0,99
Semi rural	49 (40,5%)	7 (41,2%)	
Urbain	54 (44,6%)	8 (47,1%)	
Mode d'exercice			
Autre	3 (2,5%)	0 (0,0%)	0,71
Exercice de groupe	57 (47,1%)	11 (64,7%)	
Maison de santé pluridisciplinaire	47 (38,8%)	5 (29,4%)	
Individuel	14 (11,6%)	1 (5,9%)	
Durée d'installation			
Moins de 10 ans	63 (52,1%)	7 (41,2%)	0,51
10 - 19 ans	21 (17,4%)	4 (23,5%)	
20 - 30 ans	21 (17,4%)	5 (29,4%)	
Plus de 30 ans	16 (13,2%)	1 (5,9%)	
Maitre de Stage des universités			
Non	21 (17,4%)	2 (11,8%)	0,74
Oui	100 (82,6%)	15 (88,2%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test ; Pearson's Chi-squared test			

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative selon les caractéristiques socio-démographiques entre le groupe ayant amélioré sa pratique du suivi de l'enfant depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique et celui dont ce n'était pas le cas.

2.2 Analyse croisée selon la connaissance des indicateurs :

Tableau 2 : Analyse croisée selon la connaissance des indicateurs

Connaissance des indicateurs	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		p-value ²
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	
Asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes entre 1 et 16 ans			
Non	64 (52,9%)	6 (35,3%)	0,17
Oui	57 (47,1%)	11 (64,7%)	
EFR annuelle entre 6 et 16 ans en cas d'asthme persistant			
Non	62 (51,2%)	3 (17,6%)	0,009
Oui	59 (48,8%)	14 (82,4%)	
Courbe de corpulence avec IMC réalisée une fois par an chez les moins de 16 ans			
Non	21 (17,4%)	2 (11,8%)	0,74
Oui	100 (82,6%)	15 (88,2%)	
Moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR			
Non	47 (38,8%)	3 (17,6%)	0,089
Oui	74 (61,2%)	14 (82,4%)	
Moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C			
Non	65 (53,7%)	7 (41,2%)	0,33
Oui	56 (46,3%)	10 (58,8%)	
Moins de 4 ans traités par antibiothérapie C3G ou C4G			
Non	58 (47,9%)	5 (29,4%)	0,15
Oui	63 (52,1%)	12 (70,6%)	
4 ans ou plus traités par antibiothérapie C3G ou C4G			
Non	68 (56,2%)	4 (23,5%)	0,012
Oui	53 (43,8%)	13 (76,5%)	
Dépistage des troubles visuels et auditifs entre 4 et 12 mois			
Non	23 (19,0%)	4 (23,5%)	0,74
Oui	98 (81,0%)	13 (76,5%)	
Dépistage des troubles du langage par un test adapté (type ERTL4) entre 3 et 5 ans			
Non	14 (11,6%)	5 (29,4%)	0,06
Oui	107 (88,4%)	12 (70,6%)	
Examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans visés par le programme M'T Dents			
Non	53 (43,8%)	2 (11,8%)	0,012
Oui	68 (56,2%)	15 (88,2%)	

¹ n (%)
² Pearson's Chi-squared test Fisher's exact test ;

Parmi les médecins interrogés, il y avait trois différences statistiquement significatives sur la question «connaissiez-vous les indicateurs en santé de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pédiatrique suivants ?» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?».

Ceux l'ayant améliorée avaient une meilleure connaissance de l'indicateur «EFR annuelle» ($p=0,009$), «4 ans et plus traités par antibiothérapie C3G ou C4G» ($P=0,012$) et «examen bucco-dentaire» ($p=0,012$).

2.3 Analyse croisée selon l'incitation à la formation continue pédiatrique:

Tableau 3 : Analyse croisée selon l'amélioration de la pratique en fonction de la formation continue pédiatrique

Incitation à la formation continue pédiatrique	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		p-value ²
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	
Non	116 (95,9%)	12 (70,6%)	0,003
Oui	5 (4,1%)	-29,40%	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Il y avait une différence statistiquement significative sur la question «l'apparition des indicateurs de la ROSP pédiatrique vous a-t-elle influencé à faire de la formation médicale continue pédiatrique?» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?». Les médecins estimant l'avoir améliorée étaient plus incités par elle à faire de la formation médicale continue pédiatrique ($p=0,003$).

2.4 Analyse croisée selon la pratique des indicateurs :

Tableau 4 : Analyse croisée selon la pratique des indicateurs

Indicateurs	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	p-value ²
Amélioration de la prévention vaccinale			
Non, pour aucun vaccin	112 (94,1%)	11 (73,3%)	
Oui, pour la dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
Oui, pour la dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois et les deux doses de vaccin ROR chez les moins de 2 ans	2 (1,7%)	0 (0,0%)	<0,015
Oui, pour les deux doses de vaccin ROR chez les moins de 2 ans	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
Oui, pour tous les vaccins du calendrier vaccinal obligatoire des moins de 16 ans	3 (2,5%)	4 (26,7%)	
Diminution de la prescription de C3G ou C4G			
Non	102 (85,7%)	8 (53,3%)	
Oui, chez les 4 ans et plus	0 (0,0%)	2 (13,3%)	0,002
Oui, chez les moins de 4 ans	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
Oui, chez tous les moins de 16 ans	16 (13,4%)	5 (33,3%)	
Dépistage des troubles du langage			
Aussi souvent	96 (80,7%)	10 (66,7%)	
Moins souvent	0 (0,0%)	1 (6,7%)	0,066
Plus souvent	23 (19,3%)	4 (26,7%)	
Dépistage des troubles sensoriels			
Aussi souvent	101 (84,9%)	9 (60,0%)	
Plus souvent	18 (15,1%)	6 (40,0%)	0,029
Réalisation de la courbe de corpulence avec IMC			
Non	113 (95,0%)	9 (60,0%)	
Oui	9 (7,6%)	6 (40,0%)	<0,001
Examen bucco-dentaire			
Non	110 (92,4%)	10 (66,7%)	
Oui	9 (7,6%)	5 (33,3%)	0,01
Traitement de l'asthme persistant par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes			
Non	114 (95,8%)	9 (60,0%)	
Oui	5 (4,2%)	6 (40,0%)	<0,001
Réalisation d'une EFR annuelle dans le traitement de l'asthme persistant			
Non	104 (87,4%)	9 (60,0%)	
Oui	15 (12,6%)	6 (40,0%)	0,014

¹ n (%)

² Fisher's exact test

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative sur l'indicateur «dépistage des troubles du langage» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?».

Il y avait une différence statistiquement significative pour les 9 autres indicateurs par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?».

2.5 Analyse croisée selon l'avis global des médecins concernant la ROSP pédiatrique :

Tableau 5 : Analyse croisée selon l'avis global des médecins concernant la ROSP pédiatrique

Avis global	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		p-value ²
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	
Contre	33 (28,4%)	1 (6,7%)	0,001
Pour	20 (17,2%)	9 (60,0%)	
Sans avis	63 (54,3%)	5 (33,3%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Il y avait une différence statistiquement significative sur la question «quel avis global avez-vous sur la ROSP pédiatrique ?» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?». Les médecins l'améliorant étaient d'avantage en faveur de la ROSP pédiatrique (p=0,001).

2.6 Analyse croisée selon la perception des indicateurs de la ROSP pédiatrique :

Tableau 6 : Analyse croisée selon la perception des indicateurs de la ROSP pédiatrique

Avis favorable concernant les indicateurs	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		p-value ²
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	
Asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes entre 1 et 16 ans			
Non	70 (60,3%)	7 (46,7%)	0,31
Oui	46 (39,7%)	8 (53,3%)	
EFR annuelle entre 6 et 16 ans en cas d'asthme persistant			
Non	88 (75,9%)	7 (46,7%)	0,028
Oui	28 (24,1%)	8 (53,3%)	
Courbe de corpulence avec IMC réalisée une fois par an chez les moins de 16 ans			
Non	33 (28,4%)	3 (13,3%)	0,74
Oui	83 (71,6%)	13 (86,7%)	
Moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR			
Non	34 (29,3%)	4 (26,7%)	>0,99
Oui	82 (70,7%)	11 (73,3%)	
Moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C			
Non	45 (38,8%)	6 (40,0%)	0,93
Oui	71 (61,2%)	9 (60,0%)	
Moins de 4 ans traités par antibiothérapie C3G ou C4G			
Non	64 (55,2%)	5 (33,3%)	0,11
Oui	52 (44,8%)	10 (66,7%)	
4 ans ou plus traités par antibiothérapie C3G ou C4G			
Non	62 (53,4%)	3 (20,0%)	0,015
Oui	54 (46,6%)	12 (80,0%)	
Dépistage des troubles visuels et auditifs entre 4 et 12 mois			
Non	61 (52,6%)	3 (20,0%)	0,018
Oui	55 (57,4%)	12 (80,0%)	
Dépistage des troubles du langage par un test adapté (type ERTL4) entre 3 et 5 ans			
Non	65 (56,0%)	6 (40,0%)	0,24
Oui	51 (44,0%)	9 (60,0%)	
Examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans visés par le programme M'T Dents			
Non	61 (52,6%)	6 (40,0%)	0,36
Oui	55 (47,4%)	9 (60,0%)	
¹ n (%)			
² Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test			

Parmi les médecins interrogés, il y avait trois différences statistiquement significatives sur la question «êtes-vous favorable à l'indicateur : ?» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant? » : ceux l'améliorant étaient plus favorables à l'indicateur «EFR annuelle» (p=0,028), «4 ans et plus traités par antibiothérapie C3G ou C4G» (p=0,015) et «dépistage des troubles sensoriels» (p=0,018).

2.7 Analyse croisée selon la perception des indicateurs déclaratifs :

Tableau 7 : Analyse croisée selon la perception des indicateurs déclaratifs

Indicateurs déclaratifs objectivement évaluables	Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP		p-value ²
	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	
Réalisation de la courbe de corpulence avec IMC			
Non	50 (43,1%)	2 (13,3%)	0,027
Oui	66 (56,9%)	13 (86,7%)	
Dépistage des troubles visuels et auditifs			
Non	83 (71,6%)	7 (46,7%)	0,050
Oui	33 (28,4%)	8 (53,3%)	
Dépistage des troubles du langage			
Non	89 (76,7%)	7 (46,7%)	0,026
Oui	27 (23,3%)	8 (53,3%)	
Aucun			
Non	71 (61,2%)	13 (86,7%)	0,053
Oui	45 (38,8%)	2 (13,3%)	
¹ n (%)			
² Pearson's Chi-squared test, Fisher's exact test			

Parmi les médecins interrogés, il y avait deux différences statistiquement significatives sur la question « Quel(s) indicateur(s) déclaratif(s) est(sont), selon vous, objectivement évaluable(s) ? » par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?» :

Ceux l'améliorant estimaient l'indicateur «courbe de corpulence» ($p=0,027$) et l'indicateur «dépistage des troubles du langage» ($p=0,026$) plus objectivement évaluables. Par contre, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur l'objectivité de l'évaluation de l'indicateur «dépistage des troubles sensoriels».

2.8 Analyse croisée selon la perception de la représentativité :

Tableau 8 : Analyse croisée selon la perception de la représentativité

Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP			
Représentativité de la qualité de la pratique médicale	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	p-value ²
Non	105 (90,5%)	12 (80,0%)	0,2
Oui	11 (9,5%)	3 (20,0%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative sur la question «considérez-vous votre performance selon la ROSP pédiatrique représentative de la qualité de votre travail?» par rapport à la question «selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant? ».

2.9 Analyse croisée selon la perception de la rémunération :

Tableau 9 : Analyse croisée selon la perception de la rémunération

Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP			
Rémunération	Non, N = 121 ¹	Oui, N = 171 ¹	p-value ²
Juste	37 (32,7%)	5 (33,3%)	0,8
Trop élevée	5 (4,4%)	1 (6,7%)	
Trop faible	71 (62,8%)	9 (60,0%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative sur la question «comment estimez-vous la rémunération de la ROSP pédiatrique ?» par rapport à la question « selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?».

2.10 Analyse croisée selon la perception du nombre d'indicateurs :

Tableau 10 : Analyse croisée selon la perception du nombre d'indicateurs

Amélioration de la pratique pédiatrique depuis la ROSP			
Augmentation du nombre d'indicateurs	Non, N = 121¹	Oui, N = 171¹	p-value²
Non	90 (79,6%)	12 (80,0%)	>0,99
Oui	23 (20,4%)	3 (20,0%)	
¹ n (%)			
² Fisher's exact test			

Il n'y avait aucune différence statistiquement significative sur la question «seriez-vous favorable à une augmentation du nombre d'indicateurs ?» par rapport à la question « selon vous, la ROSP pédiatrique a-t-elle amélioré votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant?».

Discussion

1 Principaux résultats :

L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'influence de l'arrivée de la ROSP pédiatrique sur la pratique quotidienne du suivi de l'enfant par les médecins généralistes. Les résultats montrent que les indicateurs en santé pédiatrique sont insuffisamment connus par les médecins généralistes. Dans cette enquête de pratique, la majorité des médecins estime que cette rémunération supplémentaire n'améliore pas le suivi de l'enfant (87,7%).

L'objectif secondaire de cette étude était, d'une part, d'étudier la perception des médecins vis-à-vis de cette nouvelle rémunération supplémentaire dans le suivi pédiatrique. On observe une ambivalence d'avis ressortant de nos résultats, avec une majorité de médecins «sans avis» (51,9%), près d'un quart «contre» (26%) et une minorité «pour» le dispositif (22,1%).

D'autre part, il fallait étudier la nouvelle notion de «médecin traitant» de l'enfant.

A contrario, de nos résultats ressort que les médecins sont majoritairement favorables à cette nouvelle notion de médecin traitant chez les enfants de moins de 16 ans (71,8%).

Enfin, notre étude avait pour but d'étudier les limites du dispositif. Il ressort de ce travail certaines limites du dispositif telles que : un aspect trop chronophage de certains indicateurs, une trop faible rémunération, une mauvaise représentativité de la pratique liée au mode de recueil et de calcul, un manque d'accessibilité par certains professionnels de santé ainsi qu'un manque de formation.

2 Discussion des résultats :

2.1 Influence des indicateurs de la ROSP pédiatrique :

Notre étude montre une méconnaissance des médecins concernant les 10 indicateurs de la ROSP pédiatrique :

- 3 indicateurs sont connus par moins de 50% des répondants (traitement de fond de l'asthme persistant, vaccination contre la méningite C et antibiothérapie par C3G/C4G des 4 ans et plus).
- 4 indicateurs sont connus par 50% à 80% (EFR annuelle, deux doses de vaccin ROR, antibiothérapie par C3G/C4G des moins de 4 ans et examen bucco-dentaire).
- Seulement 3 indicateurs sont connus par plus de 80% d'entre eux (courbe de corpulence, dépistage sensoriel et dépistage du langage).

Payerne et Valat l'avaient déjà souligné dans leur thèse en 2020 : 6 ans après la mise en place de ce dispositif, il en persiste toujours une connaissance relative.

Les résultats de notre étude montrent également une très faible influence de la ROSP pédiatrique dans le suivi de l'enfant chez les médecins de l'échantillon. En effet, la majorité d'entre eux ne déclarent aucune amélioration depuis l'instauration de cette rémunération supplémentaire (87,7%).

Ces résultats sont similaires à la thèse qualitative de Payerne et Valat qui expliquaient leurs résultats par le caractère encore récent du dispositif à l'époque et sa «faible implication clinique» en raison du faible nombre d'indicateurs comparativement à la ROSP adulte plus ancienne (19).

A titre d'exemple, Cottard, sur la question du dépistage du langage, a montré, lui aussi, le très faible impact de cet indicateur de la ROSP pédiatrique (20)

En parallèle, l'abondante littérature sur la ROSP adulte prouve également son faible impact sur les pratiques. Elle parle d'un impact «négligeable», «parfois nul» ou «dérisoire» vis-à-vis des enjeux de santé publique (21) ou encore qui n'influence «qu'assez peu» la pratique quotidienne des médecins généralistes (18).

Paulhet, dans sa thèse de 2016, précise que 63,2% des médecins ne prenaient que très peu en compte la ROSP dans leurs prescriptions thérapeutiques chez l'adulte (22). Ceci va dans le sens du rapport de la DREES, qui indique que deux tiers des médecins généralistes considèrent que la ROSP adulte ne modifie pas leur pratique (23) .

Certains médecins de notre étude vont même jusqu'à parler d'«aucune utilité», avec des indicateurs auxquels ils étaient déjà attentifs avant la ROSP, tout comme cela est décrit dans la thèse de Lefèvre en 2014 chez l'adulte (24).

2.2 Contradiction entre le bilan de l'assurance maladie et la perception des médecins :

Le bilan de la ROSP 2021 de la CNAM indiquait qu'une majorité d'indicateurs s'orientait à la hausse traduisant d'un «investissement renforcé des médecins libéraux» sur les objectifs de santé publique (25). Pourtant des études ont montré que la ROSP n'était pas aussi positive que ce qu'avait annoncé l'Assurance Maladie (10) (19) (22) (24).

Coissac semble plus mitigé puisqu'une partie des médecins de son étude est du même avis que la CNAM et considère l'évolution «dans le bon sens» (21).

Une discordance apparaît également entre nos résultats et ceux annoncés par l'Assurance Maladie.

Certains des médecins interrogés dans notre travail n'y voient «aucune incidence» sur leur façon de travailler ou encore «aucun intérêt» voire une «inutilité».

2.3 Remise en question du dispositif :

Dans notre étude, les avis concernant le dispositif de la ROSP pédiatrique étaient très divergents :

- la majorité des médecins n'avait «pas d'avis» (51,9%)
- un peu plus d'un quart était «contre» (26%)
- une minorité était «pour» (22,1%)

Pour la moitié des indicateurs, plus de 50 % des répondants n'y étaient pas favorables. De plus, les médecins de notre étude étaient majoritairement contre l'augmentation des indicateurs (79,7%), y compris chez ceux qui constataient une amélioration de leur pratique depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique.

Au vu de ces résultats, nous pouvons nous interroger sur la pertinence et sur la «plus-value» de ce dispositif comme l'avaient souligné Payerne et Valat chez les médecins de la région Rhône-Alpes en 2020. En effet, le dispositif de la ROSP du médecin traitant de l'enfant avait déjà été remis en question ainsi que son éventuelle remise à jour afin de permettre plus d'impacts sur les pratiques (19).

Plusieurs revues de la littérature ont déjà montré l'incapacité actuelle à prouver un «effet strictement positif» du paiement à la performance. L'efficacité du paiement à la performance «est limitée» et pose un problème de définition de la qualité des soins (26). Dans la thèse de Turquay pour la ROSP adulte, les avis étaient également divergents et des résultats très disparates avec même un mouvement d'opposition «anti-ROSP» grandissant chez les médecins (27).

2.4 Rôle essentiel de la prévention chez l'enfant :

Dans cette étude, les trois indicateurs les plus connus par les médecins étaient des indicateurs de prévention (dépistage du langage, dépistage des troubles sensoriels et courbe de corpulence avec IMC) tout comme les indicateurs auxquels les médecins étaient les plus favorables (courbe de corpulence avec IMC, vaccination ROR et vaccin contre le méningocoque C).

De plus, les deux indicateurs les plus améliorés depuis le paiement à la performance selon eux étaient également des indicateurs préventifs : le dépistage des troubles du langage et le dépistage des troubles sensoriels. Il y a donc un point de convergence sur la question de la prévention dans le suivi médical des moins de 16 ans entre les médecins interrogés et la ROSP, qui comporte 8 indicateurs préventifs sur les 10 existants.

Ainsi, d'après le rapport du Professeur Berland sur la prise en charge de la santé de l'enfant, la prévention est-elle jugée essentielle dans le suivi du développement de l'enfant (7). Les actions de prévention et de dépistage sont au coeur des soins primaires dont les médecins généralistes sont les principaux acteurs. Il s'agit d'assurer, lors des examens systématiques, la surveillance clinique de l'enfant depuis les premiers jours de la vie jusqu'à la pré-adolescence (1).

La HAS préconise des actes de dépistage à réaliser chez l'enfant entre 2 et 6 ans au cours de consultations dédiées. Des tests sont proposés pour explorer la vision, l'audition, le développement psychomoteur et comportemental, le langage et l'obésité. Dans l'enquête de Guillement et al. du journal de pédiatrie et puériculture sur la pratique en médecine générale des dépistages recommandés de 2 à 6 ans en 2010, les médecins ne pratiquaient pas suffisamment ou méconnaissaient certains tests simples recommandés par la HAS.

L'amélioration de la diffusion des recommandations ainsi qu'une sensibilisation sur l'intérêt des tests semblaient alors nécessaires (28). La thèse de Dupont-Caron précise que le médecin généraliste est l'acteur de premier recours le plus consulté, ce qui lui confère une place centrale sur la question de la prévention (29).

2.5 Une faible influence sur le dépistage du langage :

Dans cette étude, l'amélioration de la fréquence du dépistage du langage fait de cet indicateur celui le plus amélioré avec 20,1% des médecins qui le pratiquent plus souvent depuis l'instauration du dispositif. Cette amélioration est encourageante mais reste encore insuffisante au vu des enjeux de santé publique.

En effet, Cottard souligne l'importance du dépistage précoce des troubles du langage sur l'avenir de l'enfant notamment dans sa future intégration socio-professionnelle (20). Dans sa thèse de 2019, Dupont constate quant à elle que le test ERTL4, pourtant recommandé par la HAS, est peu pratiqué par les médecins qui considèrent ce dépistage systématique «inadapté» à leur pratique de médecine libérale actuelle (30).

Dans notre étude, certains considèrent également que ce dépistage ne relève pas de leur rôle mais plutôt de la «médecine scolaire» ou encore de la «PMI» Pourtant, le dépistage du langage est l'indicateur le plus connu par les médecins (86,2%) mais également l'indicateur déclaratif le moins objectivement évaluable pour la majorité d'entre eux (73,3%). De plus, les médecins déclarant améliorer leur pratique pédiatrique depuis la ROSP n'effectuent statistiquement pas plus souvent le dépistage des troubles du langage en comparaison à ceux dont ce n'est pas le cas.

Ainsi, malgré une connaissance avérée de cet indicateur et du rôle prépondérant du dépistage des troubles langagiers chez l'enfant, la ROSP pédiatrique ne constitue pas un levier suffisamment puissant dans l'amélioration des pratiques des médecins quant à cette question.

Abaella avait fait le même constat en 2019, considérant qu'elle était peu mobilisatrice pour faire évoluer significativement les pratiques de dépistage chez l'enfant (17).

2.6 Une faible influence sur le dépistage des troubles sensoriels :

Dans cette étude, l'amélioration de la fréquence du dépistage des troubles visuels et auditifs est le second indicateur le plus amélioré avec 17,9% des médecins qui le pratiquent plus souvent depuis l'instauration du dispositif. Cette amélioration reste elle aussi cependant relativement faible. Pourtant, les médecins déclarant améliorer leurs pratiques depuis la ROSP pédiatrique sont plus favorables à cet indicateur que ceux dont ce n'est pas le cas. De plus, il n'y a pas de différence d'avis sur l'objectivité d'évaluation de cet indicateur déclaratif entre ces deux groupes.

D'après l'enquête de Colineau et al. en 2008, l'un des rôles du médecin généraliste est de dépister précocement les troubles visuels et auditifs du nourrisson afin d'en assurer une meilleure prise en charge thérapeutique.

Il apparaissait donc indispensable de poursuivre la sensibilisation des médecins généralistes à ce dépistage (31). En effet, dans la thèse de Dong en 2016, seulement 68,3% des médecins généralistes recherchaient les facteurs de risques de troubles sensoriels, 71% testaient la vue du nourrisson et le dépistage auditif n'était effectué qu'à 64,4%.

Elle a notamment démontré une insuffisance de sensibilisation auprès des médecins généralistes ainsi que des lacunes dans ce système de dépistage notamment par manque de formation, d'outils ou de temps (32).

Dans notre étude, il s'agit du troisième indicateur le plus connu (80,4%) par les médecins dont certains évoquent également un manque de matériel.

Nous pouvons mettre nos résultats en corrélation avec ceux de l'étude de Chouvin en 2021 qui a expliqué le faible taux de dépistages réalisés notamment par un pourcentage insuffisant (7,3%) des médecins équipés de la malette Sensory Baby Test (SBT) (6). Le manque d'outil chez les médecins généralistes représente le principal obstacle au dépistage des troubles visuels et auditifs (19) (33).

Le dépistage des troubles visuels et auditifs fait partie des 6 sous-thèmes de prévention mis en avant par la sécurité sociale chez les moins de 16 ans. Cependant, le dispositif de la ROSP pédiatrique ne semble pas apporter d'amélioration significative dans la pratique des médecins généralistes face à cette question. Les évaluations conduites sur la ROSP adulte ont montré une progression limitée voire négative en ce qui concerne les indicateurs relatifs à la prévention notamment le dépistage et la vaccination (17) (27).

2.7 Une faible influence sur la pratique vaccinale:

Dans notre étude, l'un des indicateurs le moins connu est la vaccination méningocoque C (47,8%). De plus, la majorité des médecins ne sont pas plus attentifs aux indicateurs de vaccinations depuis la ROSP pédiatrique (91,8%).

Dans la thèse de Gontier de 2020 dans notre région, la couverture vaccinale nationale des nourrissons, pourtant pilier de l'action de santé publique, était encore insuffisante (34).

Dans son étude en 2019 dans notre région, Quint montre qu'une majorité des médecins généralistes est favorable à la vaccination de la rougeole (97%) et que le médecin généraliste reste la personne vers qui les patients se tournent en majorité (81%) (35). En 2014, on considérait déjà le médecin généraliste comme ayant une «influence déterminante» sur la décision des parents de vacciner ou non leur enfant. Ils avaient cependant une mauvaise connaissance et une mauvaise application des recommandations vaccinales (29). Le travail d'Allais et Levesque-Piffaut en 2014 a montré qu'il ne suffisait pas d'établir des recommandations pour qu'elles aient un impact mais qu'il fallait que les médecins les connaissent, les approuvent, les acceptent et décident de les adopter pour qu'elles soient mises en pratique (36).

En 2021, il a été observé par Decobert, dans sa thèse de pharmacie, un taux vaccinal plus important en France depuis l'obligation vaccinale de 2018. Mais l'hésitation vaccinale reste très forte avec des taux encore en dessous des objectifs de santé publique et un risque épidémique élevé reste persistant en France au cours des prochaines années (37). Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'obligation vaccinale des enfants est passée de 3 à 11 vaccins, dans le même temps est apparue la ROSP pédiatrique. Cependant, l'amélioration observée dans la prévention vaccinale est plutôt attribuée à son caractère obligatoire (19).

Les enjeux concernant les pratiques vaccinales chez les moins de 16 ans sont reconnus comme majeurs. D'ailleurs, dans notre étude, les deux indicateurs de vaccination font partie des indicateurs dont les médecins sont les plus favorables.

Pourtant se pose la question de la réelle influence de ce dispositif quant aux progrès observés dans ce domaine.

2.8 Une faible influence sur la courbe de corpulence :

Selon l’OMS, en 40 ans, le nombre d’enfants et d’adolescents de 5 à 19 ans obèses a été multiplié par dix à l’échelle mondiale (38).

En parallèle, dans l’article récent de Bertrand et al., la malnutrition reste un problème de santé publique en Europe notamment en pédiatrie. Sa prévalence était estimée de 5 à 10% en milieu hospitalier. Afin de la prévenir, son dépistage chez l’enfant au cabinet du médecin généraliste était encore «mal connu». Les courbes anthropométriques comportant l’IMC restaient «insuffisamment réalisées» exposant à un retard de dépistage ainsi qu’à une perte d’information lorsque le carnet de santé n’était pas rempli suffisamment (39).

La thèse de Flinois en 2012 dans notre région montrait déjà l’importance de la surveillance des données anthropométriques de l’enfant en raison de l’épidémie d’obésité dans les pays occidentaux. Elle soulignait également l’importance de détecter précocement le rebond d’adiposité précoce, dans le but d’améliorer la prise en charge de l’obésité infantile (40). Selon les recommandations de la HAS, les trois courbes anthropométriques doivent être réalisées au moins deux fois par an après l’âge de 2 ans pour un bon suivi de la croissance et l’IMC trois fois par an pour les nourrissons (41).

Dans la thèse de Ronco de 2015, l’importance du médecin généraliste, considéré comme une véritable «pierre angulaire» de la prise en charge de l’obésité infantile, est soulignée. Mais un manque d’implication et de motivation de leur part, notamment en liaison avec leurs conditions d’exercices, est constaté, l’IMC n’étant pas utilisé au quotidien.

Elle proposait une consultation obligatoire et spécifique de dépistage pour sensibiliser les médecins et elle était favorable à une codification spéciale de la consultation, cette dernière ayant été mise en place par la suite en 2017 (42). Cette cotation nommée «CSO» est aujourd'hui rémunérée 46 euros. Elle est applicable 2 fois par an par le médecin traitant chez les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

D'après la thèse de Dufour dans la région en 2017, les généralistes considèrent avoir un rôle important dans l'éducation nutritionnelle des enfants. Malgré tout, leur implication est variable (43).

Dans notre étude, cet indicateur est le deuxième mieux connu par les médecins (83,3%). Il s'agit également de l'indicateur pour lequel les médecins sont le plus favorable (73,3%). De plus, il s'agit de l'indicateur déclaratif le plus objectivement perçu par la majorité des médecins (60,3%). Cependant, l'influence de la ROSP a été peu significative sur l'amélioration de cette prévention (9%).

2.9 Certaines limites de la ROSP pédiatrique :

Dans le cadre de notre objectif secondaire, les résultats de notre étude montrent certaines limites à cette nouvelle rémunération supplémentaire en médecine ambulatoire pédiatrique.

Comme l'évoquait déjà Soussain chez l'adulte, les aspects négatifs de ce paiement à la performance peuvent expliquer son faible impact sur l'amélioration de la pratique médicale (44).

2.9.1 Un manque de formation :

Dans notre étude, certains médecins soulignent en commentaire libre leur manque de formation comme étant une difficulté à réaliser les indicateurs de la ROSP pédiatrique notamment en ce qui concerne le dépistage des troubles du langage et sensoriels.

Cela se confirme dans la littérature car plusieurs études soulignent la faiblesse de la formation médicale des médecins quant à l'utilisation de matériel spécifique (malette SBT et test ERTL4) (6) (30), la prise en charge des caries (45) ou encore la prévention de l'obésité infantile (43) (46). Le manque de formation, de connaissance sur le sujet et de pratique est un frein à la réalisation de certains indicateurs de la ROSP (20) (32) (43). Pourtant, un besoin de formation sur ces questions est exprimé par les médecins, ce qui a été mis en avant dans beaucoup d'études (20) (32) (33) (39) (43) (47).

Dans notre étude, la majorité des médecins considère ne pas être influencée par la ROSP médecin traitant de l'enfant pour faire plus de formation médicale continue pédiatrique (92,8%). Déjà chez l'adulte, apparaissait une préférence de formation au travers des recommandations des sociétés savantes par les médecins plutôt que par la ROSP (21) (22).

2.9.2 Des indicateurs chronophages :

Dans notre étude, à la question «si vous n'êtes pas favorable à un/plusieurs indicateur(s), pour quelle(s) raison(s) ?», 21,7% des répondants ont souligné l'aspect trop «chronophage» de nombreux indicateurs, notamment les dépistages des troubles du langage et sensoriels.

Cela est confirmé dans les thèses d'Abaella, Cottard et de Dupont sur la réalisation du test de dépistage du langage (17) (20) (30), de Dong sur le dépistage sensoriel (32) puis de Ronco et Dufour sur la prévention de l'obésité infantile (42) (43).

La durée d'une consultation de médecine générale étant ainsi jugée trop courte pour effectuer certains actes de prévention. En effet, pour Payerne et Valat, les consultations pédiatriques prennent du temps, ce qui influence les pratiques (19). Par exemple, les pédiatres effectuent plus souvent les courbes du suivi de la croissance staturo-pondérale car ils ont un temps de consultation plus long (47).

Selon l'INPES, la place des médecins généralistes dans la prévention est prépondérante mais ceux-ci manquent de temps lors de leurs consultations et 9 médecins sur 10 souhaiteraient avoir plus de temps à y consacrer (48).

Cet aspect négatif des indicateurs de la ROSP avait déjà été souligné dans la ROSP adulte (44).

2.9.3 Un manque d'accessibilité aux professionnels de santé :

L'indicateur «EFR annuelle» est celui perçu le moins favorablement par les médecins de notre étude (27,5%). Certains l'expliquent en commentaire libre par un manque d'accès au pneumopédiatre.

La démographie médicale actuelle met en difficulté l'aspect pluriprofessionnel du suivi des enfants avec des pathologies chroniques comme dans le cas de l'asthme persistant entre 6 et 16 ans. Ce manque d'accessibilité à certains professionnels de santé amène une limite à la réalisation de certains indicateurs notamment pour la prévention bucco-dentaire et la réalisation d'une EFR annuelle.

Selon la DREES, il existe une inégalité de répartition territoriale des professionnels de santé pour certains spécialistes (49). Par exemple, le nombre de médecins scolaires a nettement diminué ce qui entraîne des difficultés à réaliser certains dépistages (6).

Dans le cas des troubles du langage, les délais d'accès à la prise en charge en orthophonie étant très longs, il a été souligné l'importance d'une meilleure orientation afin de réduire ces délais (20). Le programme «M'T DENTS» est considéré comme étant un dispositif «incomplet» en raison des difficultés démographiques actuelles des dentistes (45).

D'ailleurs dans notre étude, une des limites à l'indicateur «examen bucco-dentaire» est le problème d'accessibilité aux dentistes. Cette limite avait déjà été mise en exergue dans la ROSP adulte (21).

2.9.4 Une mauvaise représentativité de la pratique :

La majorité des médecins de notre étude considère que sa performance selon l'assurance maladie n'est pas représentative de sa pratique quotidienne (89,3%) y compris pour ceux déclarant améliorer leur pratique depuis la ROSP pédiatrique.

Ils estiment en majorité que la réalisation des objectifs fixés par la ROSP n'est pas atteignable (64,1%). 35,9% considèrent qu'aucun indicateur déclaratif n'est objectivement évaluable. Une limite apparaît donc dans la réalisation des indicateurs, l'incompréhension du mode de calcul de la ROSP médecin traitant de l'enfant.

Celui-ci est qualifié de «très obscur et peu fiable». Un médecin va jusqu'à parler de «chiffres faux» comparé à sa pratique.

Un autre évoque un «mode de recueil» au sein duquel il existe un manque de distinction entre une vaccination effectuée «par la PMI ou l'hôpital» et celle effectuée par le médecin. Un constat identique est ressorti dans la thèse de Payerne et Valat, qui parle d'une incompréhension du fonctionnement du dispositif chez certains médecins en désaccord avec le mode de calcul de certains indicateurs et une non prise en compte du prescripteur (19).

D'autres médecins ont pu mettre en avant en commentaire libre la question de la non prise en compte de l'inégalité socio-économique des différentes patientèles : «travaillant en zone défavorisée les parents ne présentent que rarement leurs enfants pour des examens de prévention». Une patientèle plus favorisée socio-économiquement permettrait au médecin d'avoir une meilleure performance à la ROSP, ainsi qu'une patientèle comprenant peu d'enfants. Comme de nombreux dispositifs de suivi et de prévention de la santé des enfants et des adolescents, la ROSP pédiatrique ne permet pas de remédier aux inégalités sociales et territoriales en santé qui restent marquées en France (8). Ces limites avaient déjà été mises en avant dans la littérature à propos de la ROSP adulte (21) (24).

2.9.5 Une trop faible rémunération :

Dans notre étude, la rémunération de la ROSP pédiatrique est considérée par la majorité des médecins comme étant «trop faible» (62,5%) y compris pour ceux déclarant améliorer leur pratique depuis la ROSP pédiatrique. De plus, il n'y avait pas de différence entre les médecins estimant améliorer leur pratique grâce à la ROSP et ceux dont ce n'est pas le cas.

Cet aspect financier est apparu à de nombreuses reprises dans les commentaires libres comme étant une limite à ce dispositif.

Dans plusieurs thèses chez l'adulte, la rémunération supplémentaire de la ROSP semble être un levier important, une majorité des médecins jugeant cette prime trop faible pour impacter un réel changement de leur pratiques (21) (44).(50).

Chez l'enfant, la rémunération réelle de la ROSP va même jusqu'à être considérée comme «désincitative» (17) ou encore comme un «frein» à la généralisation de certaines pratiques (30). En effet, l'absence de cotation (dépistage du langage) (20) ou une cotation insuffisante (dépistage des troubles sensoriels) (6) (51) de certains actes de prévention dissuadent les généralistes de les effectuer notamment de part leurs aspects chronophages.

La question d'une revalorisation des consultations de pédiatrie revient fréquemment dans les commentaires libres de notre étude, la rémunération, notamment, des dépistages, est jugée «pitoyable» alors que ceux-ci sont considérés comme «les plus chronophages».

Pour la ROSP adulte, beaucoup de médecins sont également en faveur de cette majoration du prix de la consultation à l'acte (21). Dans la thèse de Loussouarn récemment, portant sur l'effet des modes de rémunération et d'organisation des soins sur l'activité des médecins généralistes en France, le paiement à la performance ne semble pas avoir d'effets sur l'activité des médecins (52).

2.10 Nouvelle notion de médecin traitant chez l'enfant :

Dans le cadre de notre objectif secondaire, nos résultats montrent que l'apparition d'un choix de médecin «traitant» dans le suivi pédiatrique du généraliste a été accueillie favorablement par la majorité des médecins de notre travail. Ce résultat est intéressant puisqu'il n'a pas encore été retrouvé dans la littérature.

Assurant tant le suivi préventif que les soins non programmés (8), contribuant à la prise en charge dans les domaines des pathologies aiguës et de la prévention (5), le rôle du médecin généraliste est aujourd'hui au coeur du suivi médical des moins de 16 ans. Devant la décroissance de la densité médicale de pédiatres libéraux, des aménagements du système de santé sont à prévoir pour l'optimiser (1).

Au vu de nos résultats, même si certains médecins déclarent n'avoir «aucunes difficultés» dans la réalisation des indicateurs, la ROSP pédiatrique ne semble pas avoir une réelle influence sur l'amélioration de leurs pratiques.

2.11 La rémunération, un levier insuffisant pour l'amélioration du suivi de l'enfant ? :

Dans les commentaires libres de notre travail, certains médecins comparent le paiement à la performance «à la carotte et au bâton» et qualifient la ROSP d'«infantilisante», terme également employé dans deux autres thèses travaillant sur la ROSP adulte. De manière générale, ce dispositif est jugé «inadapté» à la médecine générale (21) (24).

En effet, certains médecins de l'échantillon ont exprimé clairement le fait que pour eux, ce dispositif remettait en question la qualité de leur prise en charge des jeunes patients : «on n'a pas attendu la ROSP pour bien soigner les enfants», allant jusqu'à qualifier les indicateurs de «vexants». Certains regrettent par ailleurs que les instances centralisent leurs actions sur leurs pratiques, en promettant une rémunération supplémentaire, qui de plus, est dérisoire, plutôt que sur les besoins réels du terrain.

Dans son article «Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale», Da Silva explique que les incitations financières rémunèrent un travail «déjà fait» qui «aurait été fait quoi qu'il arrive». Il parle d'un «effet n'améliorant pas ou peu la performance» du dispositif et des médecins qui «réagissent de façon inattendue» à cette incitation économique : les résultats obtenus sont «rarement à la hauteur des résultats escomptés par la puissance publique».

Cela invite à questionner les motivations médicales, au vu des faibles résultats des mécanismes de paiement à la performance. La «rationalité» du dispositif n'est pas là où elle est attendue car les médecins n'apparaissent pas exclusivement intéressés par l'aspect financier (26). Par ailleurs, comme le souligne Lemmolo dans sa thèse, la question du devoir moral de soigner fait de la question de l'argent en médecine un sujet «tabou» sur laquelle peu d'études existent (53). La reconnaissance sociale de sa patientèle, de ses pairs et des instances de santé semble être un moteur plus puissant que l'argent pour le médecin qui ne juge pas la compensation financière à la hauteur de la pénibilité de son travail de son investissement (53) (54).

Le nombre important de commentaires libres (233) recueillis dans les 3 questions ouvertes de ce travail semble toutefois démontrer un intérêt certain pour la question de la ROSP pédiatrique. Si certains des répondants s'y opposent clairement de manière tranchée, beaucoup d'entre eux amènent des propositions d'amélioration de ce dispositif afin qu'il soit mieux représentatif de leur pratique et plus efficient quant au suivi de leurs jeunes patients.

2.12 Un avenir incertain pour la ROSP pédiatrique :

Il est apparu clairement dans notre étude que l'influence de la ROSP pédiatrique sur les pratiques des médecins généralistes était très faible et peu significative. Même si un consensus existe sur les enjeux actuels de la prise en charge des enfants, notamment en matière de prévention, ce dispositif est loin de faire l'unanimité auprès des médecins généralistes dont certains vont jusqu'à le remettre en question.

La rémunération trop faible qu'il propose ne semble pas être un levier suffisamment puissant pour impacter une réelle influence et surmonter les limites qui ont pu être mises en avant. Il leur semble nécessaire d'en revoir certains aspects. Nos résultats vont dans le même sens que les travaux déjà effectués au sujet de la ROSP médecin traitant de l'enfant, à savoir l'absence de réelles modifications comportementales des pratiques médicales dans le domaine de la pédiatrie et la nécessité de revoir ce dispositif en lui-même (17) (19) (20) (33).

Le même constat avait été fait au sein de la littérature concernant ce paiement à la performance chez l'adulte (18).(24) (55). L'expérience étrangère met également en évidence des limites concernant ce mode de rémunération. L'amélioration globale de la qualité des soins britanniques n'est pas attribuée au QOF, mais expliquée par d'autres facteurs et son impact est qualifié de «modeste» (11).

Il n'y a d'ailleurs pas de baisse de la mortalité en Angleterre attribuable au paiement à la performance (19). Dans plusieurs articles très récents du journal international de médecine (JIM), au sein des négociations entre les syndicats des médecins libéraux et l'assurance maladie pour la nouvelle convention médicale, la question de l'avenir de la ROSP a été soulevée.

Il en est ressorti à ce jour, une demande de suppression de la ROSP par certains syndicats, accordée par la CNAM et un nouveau projet pour la remplacer a été évoqué : le «FPPS» Forfait sur la Prévention Primaire et Secondaire, qui serait «plus simple, «plus diversifié», avec «moins d'indicateurs» (56) (57) (58). La ROSP pédiatrique est donc aujourd'hui en sursis.

3 Discussion de la méthode :

3.1.1 Points forts de l'étude :

La principale force de cette étude est le nombre de réponses obtenues comptabilisé à 171 sur 513 mails envoyés soit un taux de réponses relativement important à 33,33%.

Cette forte participation peut s'expliquer notamment par le respect de l'anonymat et de l'éthique. En effet, ce choix de recueil favorise la confiance ainsi que la sincérité des répondants en leur permettant d'apporter des informations sans jugement de leur pratique d'autant plus pour les questions ouvertes. Cela permet d'avoir des résultats se rapprochant au maximum de leur pratique réelle.

Le temps de remplissage du questionnaire était relativement court (10 minutes).

L'une des forces de cette étude est son originalité. En effet, les travaux s'intéressant à la ROSP pédiatrique sont peu nombreux. Les sujets de thèse en rapport avec la ROSP s'intéressent quasi exclusivement à l'adulte.

Le sujet de cette étude est au coeur de l'actualité médicale. En effet, à l'aube d'une nouvelle convention médicale encore en négociation, la question de la rémunération des médecins généralistes est au centre des débats.

Celle-ci est actuellement suppléée par un règlement arbitral du fait de l'absence d'accord entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. De plus, ces négociations évoqueraient la suppression de la ROSP au profit d'un nouveau dispositif le «Forfait sur la Prévention Primaire et Secondaire» (FPPS) (56) (57) (58).

Les résultats sont cohérents et plausibles en comparaison aux résultats attendus (6) (17) (19) (20).

Un autre point fort est le recul de 5 ans entre l'instauration de la ROSP pédiatrique et notre étude, délai permettant d'avoir un regard critique sur une opinion mature.

La méthode choisie pour cette étude était un questionnaire en ligne afin d'en faciliter les réponses. L'un des avantages de cette méthode était, tout d'abord, l'objectivité des répondants afin d'éviter une éventuelle influence d'un enquêteur.

De plus, cela permettait aux médecins interrogés d'être libre de répondre quand ils le souhaitent. Puis un coût réduit avec un avantage écologique par rapport au format papier.

Cela permettait également de ne pas avoir de barrière géographique et d'inclure plus facilement des médecins de l'ensemble des Hauts-de-France.

Enfin, cette méthode permettait, grâce au traitement automatique des données, de suivre les réponses et de faciliter l'analyse statistique.

3.1.2 Points faibles de l'étude :

Cette étude a présenté plusieurs limites méthodologiques ne permettant pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes des Hauts-de-France.

3.1.2.1 Biais de sélection :

L'échantillon n'est pas représentatif de la population de médecins chez qui nous souhaitons pouvoir généraliser les résultats car il y avait une surreprésentation des maîtres de stage des universités (83,3%).

Ce biais de sélection est renforcé par un biais de volontariat lié à un probable plus grand intérêt pour ce sujet de la part des médecins ayant répondu au questionnaire. Ces derniers répondant sciemment, cela induit le fait que le sujet de l'étude les préoccupe certainement davantage par rapport aux non répondants.

Un autre biais d'échantillonnage apparaît par sa nécessité d'informatisation. En effet, le questionnaire ne s'adressait qu'aux médecins disposant d'un ordinateur, d'un accès internet ainsi qu'une adresse mail mais l'on peut considérer qu'ils étaient peu nombreux. En effet, selon l'article de la DREES en 2020, 89% des médecins généralistes utilisent un dossier patient informatisé et 81% une messagerie sécurisée de santé (59).

De plus, la difficulté d'accès aux adresses mails des médecins généralistes des Hauts-de-France s'est présentée durant l'étude en raison de l'inexistence d'une mailing liste exhaustive et à jour de l'ensemble de ces médecins.

En raison de l'absence de représentativité de l'échantillon, l'extrapolation des résultats à l'ensemble des médecins généralistes installés dans la région Hauts-de-France est difficile. Cependant, les résultats permettent de donner une tendance sur l'influence de la ROSP pédiatrique sur la pratique quotidienne du suivi de l'enfant en médecine générale.

3.1.2.2 Biais de déclaration

Le questionnaire de l'étude comportait des réponses déclaratives ne prenant pas en compte la probable différence entre les réponses apportées et la pratique réelle.

3.1.2.3 Biais de mesure :

Dans le questionnaire, les questions uniques ou multiples fermées orientaient systématiquement les réponses.

3.1.2.4 Biais lié au mode de recueil :

Le mode de recueil choisi n'incluait pas d'enquêteur, ce qui a pu introduire un biais de compréhension et un biais d'interprétation des questions. D'autant plus que les questions ont été formulées de manière la plus courte et la plus simple possible ce qui a pu créer un manque de précision.

3.1.2.5 Biais de réponse :

Deux questions avaient un choix de réponse manquant et ne permettaient pas aux répondants de choisir la réponse «aucun».

A la question «connaissez-vous les indicateurs en santé de la ROSP pédiatrique suivants : » ainsi qu'à la question «êtes-vous favorable à l'indicateur :», il manquait la proposition de réponse «aucun».

4 Perspectives

Dans un système de santé où le médecin généraliste prend une place de plus en plus prépondérante dans le suivi de l'enfant et notamment en matière de prévention, il semble nécessaire de s'intéresser à l'efficience des dispositifs de santé publique mis en place par les autorités de santé, en particulier la ROSP médecin traitant de l'enfant, qui, au vu de ses faiblesses actuelles, semble avoir un avenir incertain.

Le contexte de la consultation pédiatrique de qualité, surtout préventive, nécessitant un temps incompressible, appelle à se pencher sur la question de sa rémunération : majoration du prix et augmentation du nombre des cotations de préventions prises en charge à 100% et augmentation du tarif de la consultation pédiatrique.

Par ailleurs, une modification des modes de recueil et de calcul ainsi que du choix des indicateurs apparaît indispensable : il s'agirait de fixer des objectifs réalisables et quantifiables, plus représentatifs des pratiques et de la réalité de terrain.

Enfin, cette optimisation du dispositif permettrait de sensibiliser davantage les médecins aux différents indicateurs de prévention, qui rappelons le, suivent les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS.

Cela pourrait les inciter à mieux se former sur ces questions. A partir de ces données, il serait intéressant de compléter nos résultats par une étude qualitative en interrogeant les médecins généralistes sur leurs besoins et attentes concernant le paiement à la performance dans le domaine de la pédiatrie.

Conclusion

La mise en place de la ROSP médecin traitant de l'enfant en 2017 avait pour ambition de faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé publique en misant sur le paiement à la performance. Cependant, la promesse de cette rémunération est-elle un levier suffisamment important pour avoir un impact réel ?

Cette étude avait pour objectif principal d'estimer l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique pédiatrique sur la pratique quotidienne du suivi de l'enfant des médecins généralistes des Hauts-de-France.

Les objectifs secondaires étaient d'étudier la perception par les médecins du dispositif, d'identifier ses limites ainsi que l'impact de la nouvelle notion de médecin traitant chez les moins de 16 ans dans leur suivi médical.

Pour cela, une enquête de pratique a été réalisée par le biais d'un questionnaire interrogeant les médecins. Les résultats ont montré que l'influence de la ROSP reste très faible et qu'elle est loin de faire l'unanimité auprès des médecins généralistes dont les avis divergent. Si certains d'entre eux ont affirmé n'avoir aucune difficulté, d'autres lui reprochent des objectifs inatteignables par manque de formation et de temps ou encore pour des raisons de démographie médicale. Le mode de calcul et le taux de rémunération sont également contestés. Cependant, la nouvelle notion de médecin traitant de l'enfant a fait consensus en étant accueillie favorablement pour la majorité d'entre eux, mettant en avant une réelle conscience de leur rôle actuel et futur dans la prise en charge des jeunes patients. Des avis mitigés, parfois tranchés quant à la suppression de ce dispositif ont été mis en avant, jugeant celui-ci inadapté et peu représentatif de leur réalité.

Afin de permettre une réelle influence de la ROSP médecin traitant de l'enfant sur les pratiques, il ressort de cette étude qu'il faut agir sur deux facteurs : la revalorisation de la rémunération des actes pédiatriques et la modification du dispositif en son état actuel, afin d'amener les médecins généralistes à y accorder plus d'intérêt et d'y mettre plus de sens.

Références

1. Catalan A. Proposition d'outils pour la réalisation des consultations pédiatriques systématiques de 0 à 6 ans: étude qualitative auprès des pédiatres et des généralistes du Vaucluse. Aix Marseille; 2018.
2. Touraine M. Loi de modernisation de notre système de santé. 2016.
3. Pyramide des âges au 1er janvier 2022, France. INSEE; 2022.
4. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
5. Sommelet PD. L'enfant et l'adolescent: un enjeu de société, une priorité du système de santé. 2006 oct.
6. Chouvin M. Place du médecin généraliste dans le suivi pédiatrique des enfants de moins de 6 ans dans le Vaucluse. Aix Marseille; 2021.
7. Berland PY. Prise en charge de la santé de l'enfant. ONDPS; 2013 mars.
8. Chabrol PB, Fauchier-Magnan E, Fenoll PB. La pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France. IGAS; 2021 mai p. 185. Report No.: N°2020-074R.
9. Aubry C. Le taux de réalisation des critères d'efficience de prescription de la Rémunération sur Objectifs de Santé publique diffèrent-ils si le médecin généraliste est Maître de Stage des Universités? Une étude de janvier 2012 à avril 2015 auprès des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2016.
10. Leitz B. Etude descriptive sur la modification du comportement du médecin généraliste face à la rémunération sur objectifs de santé publique dans le Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2014.
11. Bras PL, Duhamel DG. Rapport sur rénumérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. IGAS; 2008 juin. Report No.: N°RM2008-047P.
12. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? Rev Fr Aff Soc. 2011;(2-3):180-209.
13. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. legifrance.gouv.fr. 2011 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024803740>

14. Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) 2021 : des indicateurs bien orientés [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 14 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique-rosp-2021-des-indicateurs-bien-orientes>
15. Article Annexe 15 - Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance [Internet]. 2016 [cité 9 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000037434024/2018-08-11
16. Guide méthodologique. Rémunération sur Objectifs de Santé publique (ROSP) 2021. Médecin traitant de l'enfant. CNAM; 2021.
17. Aballea M. Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant par les médecins généralistes de Poitou-Charentes : enquête de pratique. Poitiers; 2019.
18. Dunet B. Quelle est l'influence de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la pratique des médecins généraliste? Angers; 2015.
19. 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. Grenoble; 2020.
20. Cottard G. Repérage et dépistage des troubles du langage oral de l'enfant de moins de 6 ans par les médecins généralistes de Picardie. Amiens; 2022.
21. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? Etude qualitative réalisée auprès de soixante médecins généralistes de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe. Angers; 2016.
22. Paulhet E. La place des critères de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique dans le processus décisionnel du médecin généraliste breton. Rennes; 2016.
23. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M, Verger P, Cavillon M, Mikol F, et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Etudes & Résultats. févr 2014;(873).
24. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique? Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie. Rouen; 2014.
25. La Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en 2021 [Internet]. ameli.fr. 2022 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-04-26-cp-rosp-2021>
26. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 2013;41(1):93-108.

27. Turquay C. La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a-t-elle un impact sur la pratique médicale des médecins généralistes dans le département de l'Hérault ? Montpellier; 2016.
28. Guillemet JM, Baron C, Bouquet E, Paré F, Tanguy M, Fanello S. Les dépistages recommandés chez l'enfant de deux à six ans. Étude de faisabilité et pratiques en médecine générale. J Pédiatrie Puériculture. 1 juin 2010;23(3):125-30.
29. Dupont-Caron D. La vaccination anti-rougeoleuse dans le Nord-Pas-de-Calais freins et propositions des médecins généralistes. Enquête qualitative menée auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2014.
30. Dupont C. Le repérage des troubles du langage de l'enfant en médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes investis dans le suivi pédiatrique. Strasbourg; 2019.
31. Colineau-Méneau A, Neveur MA, Beucher A, Hitoto H, Gagorne 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. mars 2018;20(3).
32. Dong CC. Dépistage des troubles visuels et auditifs chez les nourrissons de 0 à 24 mois par les médecins généralistes, les pédiatres et les médecins de PMI d'Indre-et-Loire. Tours; 2016.
33. Goulard E, Lotout F. Pratiques des médecins généralistes, maîtres de stage universitaires de la faculté d'Angers, concernant les dépistages des troubles auditifs et visuels de l'enfant jusqu'à 6 ans. Angers; 2017.
34. Gontier R. Utilisation des ressources pédagogiques par les médecins généralistes dans la vaccination du nourrisson. Lille; 2020.
35. Quint L. Connaissances sur la rougeole et sa vaccination : enquête auprès de patients consultant en médecine générale. Lille; 2019.
36. Allais M, Levesque-Piffaut C. Pratiques vaccinales des pédiatres et des médecins généralistes, à partir de l'exemple de la seconde injection de la vaccination ROR chez les nourrissons. Etude qualitative auprès de pédiatres et de médecins généralistes du Maine-et-Loire. Angers; 2014.
37. Decobert M. Maladies vaccinales : quand le recul de la vaccination devient un danger. Etude de cas : le vaccin ROR. Lille; 2021.
38. En 40 ans, les cas d'obésité chez l'enfant et l'adolescent ont été multipliés par dix [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2017 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/11-10-2017-tenfold-increase-in-childhood-and-adolescent-obesity-in-four-decades-new-study-by-imperial-college-london-and-who>
39. Bertrand V, Pichot B, Déchelotte P. Evaluation des pratiques du dépistage de la dénutrition chez l'enfant au cabinet du médecin généraliste. Nutr Clin Métabolisme. 1 mars 2019;33(1):92.

40. Flinois A. Utilisation du carnet de santé pour la surveillance des données anthropométriques par les médecins généralistes dans le bassin minier. Lille; 2012.
41. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Haute Autorité de Santé; 2011.
42. Ronco F. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité infantile : étude qualitative menée auprès de 10 médecins généralistes exerçant en Picardie. Amiens; 2016.
43. Dufour M. Quel rôle pense avoir le médecin généraliste dans l'éducation nutritionnelle des enfants du littoral du Nord-Pas-de-Calais ? Lille; 2017.
44. 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. des Antilles; 2018.
45. Zieba Y. Les pratiques des Médecins Généralistes du Nord-Pas-de-Calais : à propos de la prise en charge des caries précoces du jeune enfant. Lille; 2014.
46. Kammerer L. Etude des facteurs de risque d'obésité chez l'enfant de moins de 6 ans en Moselle Est. Proposition d'un outil de dépistage des facteurs de risque lors du rebond d'adiposité précoce pour le médecin généraliste. 2011;107.
47. Lafon G. Qualité du suivi, en médecine de ville, de la croissance et de la corpulence des enfants prépubères habitant l'agglomération lilloise. Lille; 2014.
48. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. ADSP. déc 2011;(77):5.
49. Barlet M, Collin C. Localisation des professionnels de santé libéraux. Comptes Natx Santé. 2009;
50. Chho C. Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Paris XI; 2015.
51. Foucher S. Leviers à la réalisation des gestes techniques en médecine générale : entretiens avec 10 médecins généralistes. Exemple de l'ECG, spirométrie, index de pression systolique et dépistage sensoriel chez l'enfant. Nantes; 2020.
52. Loussouarn C. Effets des modes de rémunération et d'organisation des soins sur l'activité des médecins généralistes en France. Paris XII; 2022.
53. Iemmolo I. Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019. Limoges; 2019.
54. Vannotti M. L'argent du médecin. Rev Med Suisse. 16 avr 2014;426:891-891.
55. Dupré Q. La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. :53. Amiens; 2020.

56. JIM.fr - Médecins pour demain redemande la suppression de la ROSP [Internet]. [cité 5 mai 2023]. Disponible sur: https://www.jim.fr/e-docs/medecins_pour_demain_redemande_la_suppression_d_e_la_rosp_196951/document_actu_pro.phtml
57. JIM.fr - ROSP : 5 113 euros en moyenne par généraliste en 2022 [Internet]. [cité 4 mai 2023]. Disponible sur: https://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/rosp_5_113_euros_en_moyenne_par_generaliste_en_2022_197184/document_actu_pro.phtml
58. la ROSP est morte, vive le FPPS! [Internet]. JIM.fr. 2023 [cité 18 mai 2023]. Disponible sur: https://www.jim.fr/medecin/actualites/pro_societe/e-docs/00/02/FE/9F/index.md
59. Chaput H, Ventelou B, Zaytseva A, Fressard L, Verger P, Bournot MC, et al. E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80% des médecins généralistes de moins de 50 ans. Drees; 2020 janv. Report No.: 1139.

Annexes

Annexe 1 : Indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'enfant, guide méthodologique 2021 de la CNAM

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 corticoides 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	<i>Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	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 céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) Déclaratif</i>	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

Partie A: Parlons un peu de vous

A1. Vous êtes :

Féminin

Masculin

A2. Quel âge avez-vous ?

< 30 ans

de 30 à 39 ans

de 40 à 49 ans

de 50 à 60 ans

> 60 ans

A3. Exercez-vous en zone :

Rurale

Semi-rurale

Urbaine

A4. Votre pratique se fait :

Seul

En cabinet de groupe

En maison de santé pluridisciplinaire

Autre

A5. Vous êtes installé depuis :

< 10 ans

entre 10 et 19 ans

entre 20 et 30 ans

> 30 ans

A6. Combien de patients de moins de 16 ans avez-vous dans votre patientèle ?

< 100

de 100 à 299

de 300 à 600

> 600

ne sait pas

A7. Quelle est la part de déclaration de médecin traitant sur l'ensemble de votre patientèle de moins de 16 ans ?

20 à 40 %

40 à 60 %

60 à 80%

>80%

A8. Etes-vous maître de stage des universités ?

Oui

Non

Partie B: Votre connaissance de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pédiatrique

B1. Connaissez-vous les indicateurs en santé de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pédiatrique suivants :

Asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes chez les patients de 1 à 16 ans

Asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle chez les patients de 6 à 16 ans

Courbe de corpulence (réalisée à partir de IIMC) renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an chez les moins de 16 ans

Deux doses de vaccin ROR effectuées chez les moins de 2 ans

Une dose de vaccin anti-méningocoque C effectué chez les moins de 18 mois

Prescription d'antibiothérapie par céphalosporines de 3ème ou 4ème génération chez les moins de 4 ans

Prescription d'antibiothérapie par céphalosporines de 3ème ou 4ème génération chez les patients de 4 ans ou plus

Dépistage clinique des troubles visuels et auditifs effectué entre 4 et 12 mois

Dépistage de troubles du langage effectué au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) entre 3 et 5 ans

Au moins un examen bucco-dentaire effectué chez les moins de 16 ans visés par le programme MTDents

Partie C: La ROSP pédiatrique dans votre pratique médicale

- C1. Selon vous, la ROSP pédiatrique améliore-t-elle votre pratique médicale globale du suivi de l'enfant ?
- Oui
- Non
- C2. L'apparition de la ROSP pédiatrique vous a-t-elle incité à faire de la formation médicale continue pédiatrique ?
- Oui
- Non
- C3. La ROSP pédiatrique participe t-elle à améliorer votre suivi des pathologies chroniques de l'enfant ?
- Oui
- Non
- C4. La ROSP pédiatrique participe t-elle à améliorer la prévention de l'enfant dans votre pratique ?
- Oui
- Non

Partie D: Concernant les indicateurs de prévention

- D1. La ROSP pédiatrique vous rend t-elle plus attentif aux vaccinations des moins de 16 ans ?
- Oui, pour la dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois
- Oui, pour les deux doses de vaccin ROR chez les moins de 2 ans
- Oui, pour la dose de vaccin anti-méningocoque C chez les moins de 18 mois et les deux doses de ROR chez les moins de 2 ans
- Oui, pour tous les vaccins du calendrier vaccinal obligatoire des moins de 16 ans
- Non, pour aucun vaccin
- D2. La ROSP pédiatrique contribue t-elle à diminuer vos prescriptions de céphalosporines de 3ème et 4ème génération chez l'enfant ?
- Oui, chez les moins de 4 ans
- Oui, chez les 4 ans ou plus
- Oui, chez tous les moins de 16 ans
- Non

D3. Concernant l'indicateur "dépistage des troubles du langage", depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique, le faites-vous :

Aussi souvent

Plus souvent

Moins souvent

D4. Concernant l'indicateur "dépistage des troubles sensoriels", depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique, le faites-vous :

Aussi souvent

Plus souvent

Moins souvent

D5. La ROSP pédiatrique vous incite t-elle à réaliser plus souvent la courbe de corpulence établie à partir de l'IMC chez les moins de 16 ans ?

Oui

Non

D6. Êtes-vous plus attentif à l'état bucco-dentaire de vos patients de moins de 16 ans depuis l'apparition de la ROSP pédiatrique ?

Oui

Non

Partie E: Concernant les indicateurs de pathologies chroniques

E1. La ROSP pédiatrique vous incite t-elle à être plus attentif au traitement de fond par corticoides inhalés et/ou antileucotriènes de l'asthme persistant chez les moins de 16 ans ?

Oui

Non

E2. Êtes-vous plus attentif au suivi par EFR annuelle de l'asthme persistant chez les patients de 6 à 16 ans depuis l'instauration de la ROSP pédiatrique ?

Oui

Non

Partie F: Votre avis sur la ROSP pédiatrique et ses indicateurs

F1. Quel avis portez-vous sur la ROSP pédiatrique dans sa globalité ?

Pour

Contre

Sans avis

F2. Etes-vous favorable à l'indicateur :

Asthme persistant traité par corticoïdes inhalés/anti leucotriènes chez les patients de 1 à 16 ans

Asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle chez les patients de 6 à 16 ans

Courbe de corpulence (réalisée à partir de IMC) renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an chez les moins de 16 ans

Deux doses de vaccin ROR effectuées chez les moins de 2 ans

Une dose de vaccin anti-méningocoque C effectué chez les moins de 18 mois

Prescription d'antibiothérapie par céphalosporines de 3ème ou 4ème génération chez les moins de 4 ans

Prescription d'antibiothérapie par céphalosporines de 3ème ou 4ème génération chez les patients de 4 ans ou plus

Dépistage clinique effectué des troubles visuels et auditifs entre 4 et 12 mois

Dépistage des troubles du langage effectué au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) entre 3 et 5 ans

Au moins un examen bucco-dentaire chez les moins de 16 ans visés par le programme MT Dents

F3. Si vous n'êtes pas favorable à un/plusieurs indicateur(s), pour quelle raison?

F4. Quel(s) indicateur(s) déclaratif(s) est(sont), selon vous, objectivement évaluable(s) ?

Courbe de corpulence (réalisée à partir de IMC) renseignée dans le dossier médical une fois par an

Dépistage clinique des troubles visuels et auditifs effectués entre 4 et 12 mois

Dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) effectué entre 3 et 5 ans

Aucun

F5. **Considérez-vous votre performance selon la ROSP pédiatrique représentative de la qualité de votre travail?**

Oui

Non

F6. **Estimez-vous que les taux des objectifs cibles soient justement réalisables ?**

Oui

Non

Partie G: Choix du médecin traitant chez l'enfant

G1. **Etes-vous favorable à cette nouvelle notion de médecin traitant chez les patients de moins de 16 ans ?**

Oui

Non

G2. **Votre patientèle pédiatrique a-t-elle augmenté depuis que vous êtes médecin traitant de patients de moins de 16 ans ?**

Oui

Non

G3. **Votre pratique médicale pédiatrique est-t-elle différente en fonction de votre statut de médecin traitant ou non ?**

Oui

Non

Partie H: Les limites de la ROSP pédiatrique

H1. **Comment estimez-vous la rémunération de la ROSP pédiatrique ?**

Juste

Trop élevée

Trop faible

H2. **Estimez-vous les indicateurs en santé pédiatriques trop exigeants ?**

Oui

Non

H3. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour la réalisation des objectifs de la ROSP pédiatrique ?

H4. Seriez-vous favorable à une augmentation du nombre d'indicateurs ?

Oui

Non

H5. Pensez-vous que l'instauration d'indicateurs en santé pédiatriques rémunérés nuit à votre liberté de pratique médicale ?

Oui

Non

H6. Commentaire libre :

AUTEURE : Nom : BASSERY

Prénom : Claire

Date de soutenance : 14 juin 2023

Titre de la thèse : Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique pédiatrique sur le suivi de l'enfant des médecins généralistes des Hauts-de-France ?

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : ROSP, pédiatrie, médecin traitant, santé publique, prévention

Résumé :

Contexte: La démographie médicale actuelle donne une place de plus en plus prépondérante aux médecins généralistes dans le suivi des patients de moins de 16 ans. Le mode de rémunération pouvant impacter l'efficacité des soins, il joue un rôle important dans un système de santé. Depuis 2017, la ROSP médecin traitant de l'enfant a été instaurée avec pour ambition d'améliorer ce suivi en s'appuyant sur le principe du paiement à la performance.

L'objectif principal de cette étude était d'estimer l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique pédiatrique sur la pratique quotidienne du suivi de l'enfant chez les médecins généralistes des Hauts-de-France. Les objectifs secondaires étaient d'étudier la perception par les médecins du dispositif, d'identifier ses limites ainsi que l'impact de la nouvelle notion de médecin traitant chez les moins de 16 ans dans leur suivi médical.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et de pratique, par envoi d'un questionnaire par mail aux médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : Au total, 171 réponses ont été obtenues. La ROSP n'influence que très peu la pratique des médecins et plusieurs limites du dispositif sont ressorties : l'aspect chronophage des indicateurs, le manque de formation, la difficulté d'accès à certains professionnels, la mauvaise représentativité mais également une trop faible rémunération. Les points de vue des médecins concernant ce paiement à la performance sont divergents. La nouvelle notion de médecin traitant est, quant à elle, bien accueillie.

Conclusion : Les aspirations de la ROSP médecin traitant de l'enfant en terme de santé publique sont loin d'être atteintes. Des ajustements de ce dispositif en lien avec une revalorisation des actes pédiatriques pourraient permettre d'influencer plus significativement les pratiques des médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique TURCK

Assesseur : Monsieur le Docteur Yannick CAREMELLE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bénédicte MOREAU