



HAL
open science

La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Quentin Dupré

► **To cite this version:**

Quentin Dupré. La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03011836

HAL Id: dumas-03011836

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03011836>

Submitted on 18 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

**La perception des médecins généralistes sur la
Rémunération sur Objectifs de Santé Publique**

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale (Diplôme d'Etat)

THESE DE MEDECINE (n°2020-107)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Septembre 2020 par :

DUPRE Quentin

Président du jury : Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Membres du jury : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale (Diplôme d'Etat)

THESE DE MEDECINE (n°2020-107)

Présentée et soutenue publiquement le 21 Septembre 2020 par :

DUPRE Quentin

Président du jury : Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Membres du jury : Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

REMERCIEMENTS :

À Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherches sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Services d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de ma thèse et je vous en remercie.

Merci pour vos enseignements durant mon cursus universitaire, et pour le savoir que vous partagez, en plus de votre passion professionnelle, à Cécile.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Frédéric BLOCH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Gériatrie)

Chef du Service de Gériatrie

Vous avez spontanément accepté de juger mon travail. Très sensible à cet honneur, je vous prie ici de trouver l'expression de mes remerciements.

À Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence)

Responsable de l'Unité de Réanimation Cardiaque Thoracique Vasculaire et Respiratoire

Je vous remercie d'avoir porté intérêt à mon travail et de me faire l'honneur de le juger. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Exploration fonctionnelle du système nerveux

*Vous avez aimablement accepté de juger mon travail.
Soyez assurée de ma sincère gratitude et de mon profond respect.*

À Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS
Maître de stage universitaire au Département de Médecine Générale
Médecin généraliste

*Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'encadrer mon travail.
Un grand merci pour vos conseils pertinents et avis aiguisés.*

À mes proches :

à Cécile, merci pour ta bienveillance et ton amour qui me sont essentiels.

*à ma famille, Papa, Maman, Victor, Julie, Nico, merci d'être et d'avoir été là. A mes
grands-parents pour leur confiance sans faille.*

*à mes amis, Camille et Louis avec qui tout a commencé, et à tous les autres, amis
d'aujourd'hui et de demain.*

TABLE DES MATIERES

Abréviations	7
Introduction	8
1/ Présentation de la ROSP du Médecin traitant.....	8
2/ Montants de la ROSP et rémunération des médecins généralistes	12
3/ Inspirations de la ROSP.....	13
4/ Premiers résultats de la ROSP	14
5/ Problématique et objectifs de l'étude	16
Matériel et méthode	17
Résultats	20
1/ Caractéristiques sociodémographiques des répondants.....	21
2/ Représentations de la ROSP : analyse descriptive.....	23
3/ Représentations de la ROSP : analyse univariée.....	28
4/ Modifications des pratiques induites par la ROSP.....	32
Discussion.....	34
1/ Population étudiée et méthodologie de l'étude.....	34
2/ Synthèse et discussion des résultats.....	35
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
Annexes	46
Résumé.....	50

ABREVIATIONS :

- AAP : anti-agrégant plaquettaire
- AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien
- ALD : affection longue durée
- AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- ARA2 : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2
- AVK : anti-vitamine K
- BZD : benzodiazépine
- C3G : céphalosporine de 3^{ème} génération
- C4G : céphalosporine de 4^{ème} génération
- CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- FPMT : forfait patientèle médecin traitant
- GPs : General practitioners (traduit par : praticiens généralistes)
- HAS : Haute Autorité de Santé
- Hba1C : hémoglobine glyquée
- HTA : hypertension artérielle
- IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- INR : international normalized ratio
- MG : médecins généralistes
- P4P : pay-for-performance (traduit par : paiement à la performance)
- QOF : Quality and Outcomes Framework (traduit par : cadre de qualité et de résultats)
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

INTRODUCTION

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été instaurée en France suite à la Convention Médicale de 2011, signée entre l'Assurance maladie et quatre syndicats représentatifs de Médecins généralistes. Il s'agit d'un système de paiement à la performance, dont la première forme en France fut le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) en 2008, auquel la ROSP a succédé. Ses buts sont l'amélioration et l'harmonisation des pratiques médicales, ainsi que les économies de santé. Il s'agit donc d'une convention établie entre la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les médecins généralistes (MG), avec une rémunération de ces derniers établie selon la progression de leurs résultats sur des objectifs ciblés, et de la taille de leur patientèle. La ROSP s'est étendue depuis sa création : elle concerne désormais les cardiologues, les gastro-entérologues, les endocrinologues et les pédiatres. Les MG perçoivent actuellement la ROSP du Médecin traitant de l'adulte et la ROSP du Médecin traitant de l'enfant.

Notre travail consiste à l'étude et la description uniquement de la ROSP du Médecin traitant de l'adulte, qui est la plus développée actuellement.

1/ Présentation de la ROSP du Médecin traitant de l'adulte:

La ROSP du Médecin traitant concerne l'ensemble des MG libéraux conventionnés déclarant une patientèle médecin traitant, et s'applique à eux de facto. Les médecins souhaitant renoncer à la ROSP devaient faire part à leur caisse de rattachement, dans les 3 mois suivant son introduction, de leur refus explicite par courrier recommandé. Pour les nouveaux installés, il doivent le faire dans les 3 mois suivant l'installation. La proportion de MG ayant ainsi refusé la ROSP est estimée inférieure à 3% ^[1].

Les éléments du calcul de la ROSP sont basés sur :

- l'atteinte d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale
- des objectifs cibles et intermédiaires
- un taux de réalisation
- un nombre de points calculés (chaque point est valorisé à 7 euros)
- une période de référence : annuelle

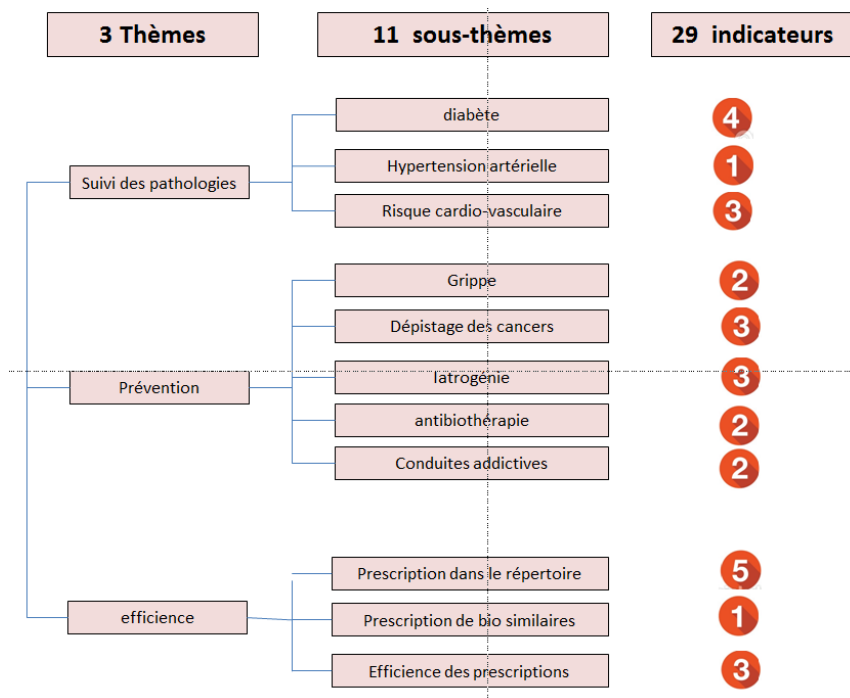
La méthode de calcul, décrite ci-dessous, permet de valoriser l'atteinte d'objectifs et la progression d'une année sur l'autre, et ce de façon pondérée à la taille de la patientèle du médecin traitant.

Les indicateurs de la ROSP en 2019 :

Le système de la ROSP est actuellement basé sur 29 indicateurs regroupés en 3 grands thèmes (suivi des pathologies chroniques, prévention, et efficacité) et 11 sous-thèmes. (Figure 1)

La convention médicale de 2016 a modifié le visage de la ROSP : le nombre d'indicateur a été étendu, et certains ont été redéfinis pour retrouver des marges de progression. Il existait également des indicateurs portant sur l'organisation du cabinet (informatisation, utilisation d'un logiciel certifié, etc.) qui n'ont pas été reconduits, au seul profit d'indicateurs portant sur la pratique clinique.

Figure 1 : répartition des indicateurs de la ROSP Médecin traitant de l'adulte en 2019 :



Pour chaque indicateur sont définis un seuil minimum de patients ou de boîtes de médicaments et des objectifs à atteindre (un objectif cible et un objectif intermédiaire).

Les résultats de 25 des indicateurs sont obtenus à partir des données de remboursement de l'assurance maladie. Les 4 autres indicateurs sont déclaratifs, c'est-à-dire fournis par le Médecin à l'assurance maladie via le site internet AmeliPro (www.espacepro.ameli.fr). (Tableau 1)

Tableau 1 : détail des indicateurs ROSP Médecin traitant de l'adulte (2019)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	≥ 89%	5 patients	30	
		Part des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	60.5%	≥ 75,6%	5 patients	30	
		Part des patients de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie	20.8%	≥ 58,6%	5 patients	30	
		Part des patients traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds ou d'une consultation de podologie dans l'année – <i>indicateur déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20	
	HTA	Part des patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie	9.9%	≥ 27,6%	5 patients	30	
	Risque cardio-vasculaire	Part des patients dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines - <i>indicateur déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20	
		Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30	
		Part des patients traités par AVK ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30	
	Prévention	Grippe	Part des patients ≥ 65 ans vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
			Part des patients âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
Dépistage des cancers		Part des patientes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40	
		Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40	
		Part des patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55	
Iatrogénie		Part des patients > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques ayant ≥ 2 psychotropes prescrits	10%	≤ 3%	5 patients	35	
		Part des patients ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35	
		Part des patients ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35	
Antibiothérapie		Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients de 16 à 65 ans et hors ALD	45%	20	5 patients	35	
		Part des patients traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline+acide clavulanique; C3G et C4G ; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35	
Conduites addictives		Part des patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier - <i>indicateur déclaratif</i>	60%	≥ 75%	5 patients	20	
		Part des patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier - <i>indicateur déclaratif</i>	60%	≥ 75%	5 patients	20	
Efficience		Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites en génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	50
			Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites en génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	45
	Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS		38%	≤ 16,7%	5 patients	30	
	Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe+statine		13.2%	≤ 3.8%	10 boîtes	30	
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire		59%	≥ 69%	10 boîtes	10	
	Prescription biosimilaire	Prescriptions de biosimilaires parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	30	
	Efficience de prescription	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients traités par AAP	83%	≥ 92%	5 patients	45	
		Part des patients diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	45	
Part des patients ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH		90%	≥ 99%	5 patients	45		

Le calcul de la rémunération :

Pour chaque indicateur va être calculée une rémunération, selon un système de points où chaque point est égal à 7 euros.

Pour chaque indicateur est prédéfini un nombre de points maximum attribuables.

Pour chaque indicateur, tout médecin se voit calculer un taux de réalisation de l'indicateur : ce taux de réalisation est calculé de manière à valoriser l'atteinte des objectifs, mais aussi sa progression d'une année sur l'autre. Sa formule de calcul prend donc en compte le taux de départ, le taux constaté, et l'atteinte ou non des objectifs (intermédiaire ou cible).

Un taux de réalisation de 100% sur un indicateur entraînera l'attribution du nombre de points maximum.

La rémunération attribuée pour chaque indicateur est ensuite pondérée à la taille de la patientèle pour valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes. La base de la rémunération est établie pour une patientèle de 800 patients. Ainsi, la rémunération calculée pour chaque indicateur suit la formule suivante :

$\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de point} \times \text{taux de réalisation} \times \text{valeur du point (7€)} \times (\text{taille patientèle}/800)$
--

La rémunération maximale théorique pour une patientèle de 800 patients serait donc de 6601 euros.

En pratique :

Pour les 4 indicateurs déclaratifs, les MG doivent remplir un formulaire sur leur espace professionnel en ligne, sur le site AmeliPro. Ils sont pour cela contactés par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leur lieu d'exercice, et peuvent être aidés dans cette démarche par un délégué de l'Assurance maladie.

Les résultats des autres indicateurs sont récupérés directement par la CPAM qui dispose des données de remboursement de chaque patient (boîtes de médicaments achetés, actes de laboratoire, etc.).

2/ Montants de la ROSP et rémunération des médecins généralistes :

Le montant de la ROSP :

En 2018, la rémunération de la ROSP pour les médecins traitants de l'adulte s'élève à 259,4 millions d'euros. Les MG, au nombre de 50 785, ont perçu une rémunération moyenne de 4915 euros ^[2]. Cette rémunération est versée chaque année, en une fois, sur le compte bancaire des praticiens. Le montant moyen de la ROSP des MG a connu une augmentation depuis sa création en 2011, avec un pic en 2015 (rémunération moyenne de 6402 euros), avant de décroître un peu. Cela s'explique par la présence jusqu'en 2016 des indicateurs portant sur l'organisation du cabinet, qui devinrent ensuite valorisés par d'autres dispositifs au forfait.

Les principaux types de rémunération actuels des MG :

La ROSP et son système de paiement à la performance vient s'ajouter aux deux principaux modes de rémunération actuellement en place pour les MG français exerçant en libéral : le paiement à l'acte et le paiement par capitation.

Le paiement à l'acte constitue la principale source de revenus des MG. Il dépend du nombre d'actes effectués, et de la composition et du prix des actes (fixés pour les MG en secteur 1, libres pour les MG en secteur 2). Les intérêts de ce système sont la liberté de pratique du médecin, l'augmentation de productivité du médecin et donc de l'accès aux soins pour le patient. Il pourrait aussi conduire à une surproduction des soins : le praticien peut accroître sa rémunération en augmentant son volume d'actes : soit en augmentant son temps de travail, soit en réduisant le temps accordé à chaque consultation, ou les deux ^[3].

Le paiement par capitation représente une rémunération forfaitaire. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), défini à l'article 15.4 de la convention nationale des médecins, a remplacé les différentes rémunérations forfaitaires jusqu'alors perçues par les MG. Il bénéficie à l'ensemble des MG libéraux conventionnés en secteur 1.

Ainsi, chaque MG perçoit une rémunération forfaitaire pour chaque patient dont il est déclaré médecin traitant, plus ou moins valorisée selon l'âge du patient et son affectation ou non en affection longue durée (ALD). Une majoration est aussi appliquée selon la part de la patientèle bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire. Ce FPMT est versé trimestriellement aux MG sous forme de 4 acomptes.

En 2019, les MG ont touché en moyenne 14 851 euros au titre du forfait pour l'année 2018 [4]. Cette rémunération par capitation aurait pour bénéfice de ne pas inciter le médecin à prescrire trop ou davantage de soins, et de lui permettre de prévoir sa rémunération. A l'inverse, elle peut être associée à une recherche de satisfaction et d'élargissement de la patientèle, et à une sélection des patients les moins lourds afin de diminuer la charge de travail. Ces effets néfastes supposés sont cependant contrebalancés par la valorisation du forfait lorsque le patient est âgé et/ou en ALD.

Selon la CNAM, la part des rémunérations de la ROSP et du FMPT atteindrait 12% de la rémunération des généralistes en 2018, et aurait doublé entre 2009 et 2018 [4].

Notons également la rémunération par salariat, qui bien que ne concernant qu'une minorité de MG, tend à se développer. Ses avantages sont théoriquement de meilleures conditions de travail et de protection sociale du médecin, et des consultations plus longues. Ses limites seraient de diminuer le volume des consultations. Depuis 2016, les centres de santé employant des MG touchent également la ROSP et les autres rémunération forfaitaires.

3/ Inspirations de la ROSP :

Le terme de « paiement à la performance » est dérivé du principe de « Pay for Performance » (P4P) développé dans les pays anglo-saxons. C'est au Royaume-Uni qu'a été instauré en 2004 et pour la première fois à si grande échelle un système de P4P : the Quality and Outcomes Framework (QOF), traductible par « Cadre de qualité et de résultats ». Impulsé par un désir de standardisation des pratiques, d'amélioration et de valorisation des soins premiers (vaccination, prévention, suivi et dépistage des pathologies chroniques), le QOF est un investissement massif des pouvoirs publics britanniques, et regroupe plus d'une centaine d'indicateurs.

Ses résultats sont mitigés, avec une relative impopularité auprès des professionnels de santé, qui lui reprochent une lourdeur administrative, des rémunérations très variables selon la progression des objectifs et la taille de patientèle, et non selon la qualité des soins prodigués [5][6]. La QOF semble par ailleurs avoir un effet minime sur la santé des britanniques, avec quelques améliorations sur la qualité de soins (mais parfois au détriment des pathologies non concernées par des indicateurs), et l'absence d'influence à ce jour sur la mortalité [7][8].

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) a été mis en place en Juin 2009 et constitue le premier système de P4P introduit en France. Ses principaux objectifs étant la maîtrise des dépenses de santé (et doit à ce titre être différencié de la QOF) et l'amélioration des pratiques. De façon très similaire à la ROSP qui lui succédera en 2011, le CAPI rémunère les MG en fonction de l'atteinte d'objectifs centrés sur le dépistage et suivi des pathologies chroniques et l'optimisation des prescriptions. Il est cependant basé sur le volontariat.

Sa mise en place fut fustigée par la majorité des syndicats de Médecine générale et par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), qui craignait pour l'indépendance professionnelle des MG, et émettait des réserves sur la déontologie d'un tel système ^[9]. Malgré cela, un peu plus d'un tiers des MG y adhéreront avec des résultats modestes mais encourageants. Ce succès du CAPI va pousser la CNAM à généraliser ce système et créer la ROSP.

4/ Premiers résultats de la ROSP :

En 2016, la CNAM publie les principaux résultats de la ROSP à 5 ans de sa mise de place. Les résultats sont partagés mais conséquents : les taux d'atteinte des objectifs portant sur l'organisation du cabinet et l'optimisation des prescriptions sont significativement en hausse (+23 points). La progression des objectifs portant sur le suivi des maladies chroniques (+10,5 points) et surtout sur la prévention (+6,7 points) est quant à elle plus modérée ^[10].

Le 24 Août 2016, la nouvelle Convention Médicale est signée entre l'Assurance maladie et 3 syndicats de MG sur 5 : MG France, la Fédération des médecins de France et le syndicat Le BLOC. Les indicateurs de la ROSP y sont revus et recentrés sur la pratique clinique, diminuant la part déclarative, et délaissant le volet des objectifs portant sur l'organisation du cabinet (informatisation, logiciel médical, télétransmission, etc.). Des dispositions sont également mises en place pour rémunérer davantage les nouveaux installés (majoration de la valeur du point et méthode de calcul un peu différente) ^[11]. On notera le refus du Syndicat des médecins libéraux français (SML) et de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) de signer cette convention.

En 2019, l'Assurance Maladie communique les principaux résultats à 2 ans de ces changements, et se félicite des résultats qui témoignent selon Nicolas Revel, directeur général de la CNAM, de la pertinence de ce levier d'amélioration des pratiques ^[2].

Les chiffres entre fin 2016 et fin 2018 sont pourtant moins éloquents (*Annexe I*):

- Sur la prévention, seule la vaccination anti-grippale progresse (+2,1 et 2,4 points) mais après une baisse observée depuis 2011. Les taux de dépistage organisé du cancer du sein et de frottis cervico-utérin ainsi que les indicateurs portant sur la iatrogénie et l'antibiorésistance sont globalement décroissants.
- Sur le suivi des pathologies chroniques, de bons résultats sont enregistrés sur le dépistage des complications rénales de l'HTA et du diabète par recherche annuelle de microalbuminurie et estimation du débit de filtration glomérulaire (respectivement +2,4 et +8,1 points). Les autres indicateurs sont globalement stables.
- Sur les indicateurs d'efficacité des prescriptions, les résultats sont en très faible progression. On note une progression globale des prescriptions au répertoire des génériques (+7,8 points pour les statines, +6,2 points pour les anti-hypertenseurs et +15,3 points dans le reste du répertoire).

5/ Problématique et objectifs de l'étude :

Le système de la ROSP, et plus généralement celui du paiement à la performance en Médecine générale, amène des questions variées.

En premier lieu se pose la question de l'efficacité de ce système. D'un point de vue médical, est-ce que les indicateurs choisis dans la ROSP apparaissent pertinents, c'est à dire synonymes d'une bonne qualité de soin apporté au patient ? Au-delà de cette considération, la ROSP apporte-t-elle un bénéfice global en terme de Santé publique, dans le dépistage, la prévention ou le suivi des pathologies concernées ?

Deuxièmement, la ROSP soulève des questions d'éthique médicale. Modifie-t-elle le rapport médecin-patient ? Est-elle conciliable avec la déontologie médicale et sa liberté de prescription ?

Troisièmement, la ROSP interroge par son mode de rémunération et son montant la pratique de la Médecine générale et sa valeur.

Huit ans après l'instauration de la ROSP, il nous est donc apparu intéressant d'évaluer comment les MG perçoivent ces différentes problématiques, et si leurs modes et spécificités d'exercice semblent influencer sur leurs opinions. Ensuite, nous avons souhaité évaluer parallèlement dans quelle mesure et sur quels indicateurs les MG déclarent avoir modifié leurs pratiques sous l'influence de la ROSP. Enfin, nous mettrons en perspective nos résultats avec les résultats fournis par l'Assurance maladie et les données de la littérature sur le sujet de la ROSP et du P4P.

Notre objectif principal était donc d'évaluer l'opinion des médecins généralistes exerçant dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme vis-à-vis de la ROSP des médecins traitants de l'adulte.

Notre objectif secondaire était d'évaluer l'influence de la ROSP sur la pratique médicale des médecins généralistes exerçant dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude :

Nous avons opté pour une étude descriptive, déclarative, selon une méthodologie quantitative. L'enquête a été menée via un questionnaire soumis au format papier ou informatisé en ligne, anonyme. (Annexe 2) Elle s'est déroulée du 05/03/2020 au 10/06/2020.

Population étudiée :

La population étudiée était celle de Médecins généralistes installés et exerçant en libéral dans les départements de l'Aisne, l'Oise et la Somme.

Déroulement de l'étude :

Deux phases de recrutement ont été réalisées :

- Une phase de recrutement par courrier postal, comprenant une lettre d'explication sur la démarche, incluant au choix le lien internet vers le questionnaire en ligne ou le questionnaire papier à retourner.

152 courriers ont ainsi été adressés à des médecins généralistes installés dans le département de la Somme, inscrits au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

Les adresses postales de leur cabinet médical nous ont été fournies par le répertoire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Après sélection des paramètres de recherche de ce répertoire en ligne, nous avons retenu les 500 premiers résultats (sur 958 au total). Nous avons procédé à l'exclusion des MG dont l'adresse n'était pas renseignée, ceux pratiquants en centre hospitalier, et/ou ceux ayant un exercice spécialisé autre que la Médecine générale libérale : médecins vasculaires, allergologues, échographistes, médecins conseils, médecin de PMI, urgentistes, gériatres, etc. Les MG maîtres de stage universitaire ont également été exclus car interrogés par un autre média.

Parmi les 308 résultats restants, nous avons procédé à une randomisation en attribuant un chiffre à chaque MG puis en réalisant un tirage au sort grâce à l'outil en ligne dcode (disponible sur www.dcode.fr/tirage-au-sort).

- Une phase de recrutement par courrier électronique, comprenant un texte d'explication sur la démarche et le lien hypertexte vers le questionnaire en ligne. Ce courrier électronique a été adressé à un échantillon de 200 médecins, composé des maîtres de stage universitaires de la faculté de Médecine de l'université d'Amiens et d'enseignants associés au Département de Médecine Générale d'Amiens.
Une relance a été réalisée en raison d'un problème informatique ayant entraîné une absence d'enregistrement des réponses à certaines questions, rendant ininterprétables les premiers résultats obtenus.

Le questionnaire, anonyme, se composait de 21 questions :

- 13 questions, dont une question regroupant 10 items et une question ouverte, portant sur la perception de la ROSP par les médecins interrogés.
- 3 questions, dont une regroupant 10 items, portant sur la pratique des médecins interrogés depuis la ROSP.
- 6 questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés.

Le logiciel Visual Studio Code a été utilisé pour l'écriture informatique du questionnaire, qui a ensuite été hébergé sur un serveur via OVHcloud (disponible sur www.ovh.com).

Les données ont été traitées et classées dans un tableur type Excel.

Analyse statistique :

Les données collectées étaient répertoriées dans un fichier tableur puis analysées.

Les analyses descriptives ont été réalisées directement dans le logiciel Microsoft Excel.

Les analyses univariées ont été réalisées selon le test de exact de Fischer, grâce à l'outil BiostaTGV (disponible en ligne sur le site www.biostatgv.sentiweb.fr).

Les analyses univariées ont été réalisées sur les questions jugées les plus pertinentes (Q5 à Q8, Q10, Q13, Q14 et Q16), et selon différents sous-groupes :

- Age : les données portant sur l'âge ont été utilisées pour regrouper les répondants en 4 tranches d'âge (< 40 ans ; 40 à 49 ans ; 50 à 59 ans ; > 59 ans) (Q17)
- Lieu d'exercice (Q18)
- Taille de la patientèle (Q19)
- Appartenance ou non à un syndicat de Médecine générale (Q20)
- Participation ou non à une formation médicale continue ou un groupe d'échange de pratique (Q21)
- Connaissance ou non des critères de la ROSP avant de répondre au questionnaire (Q2)

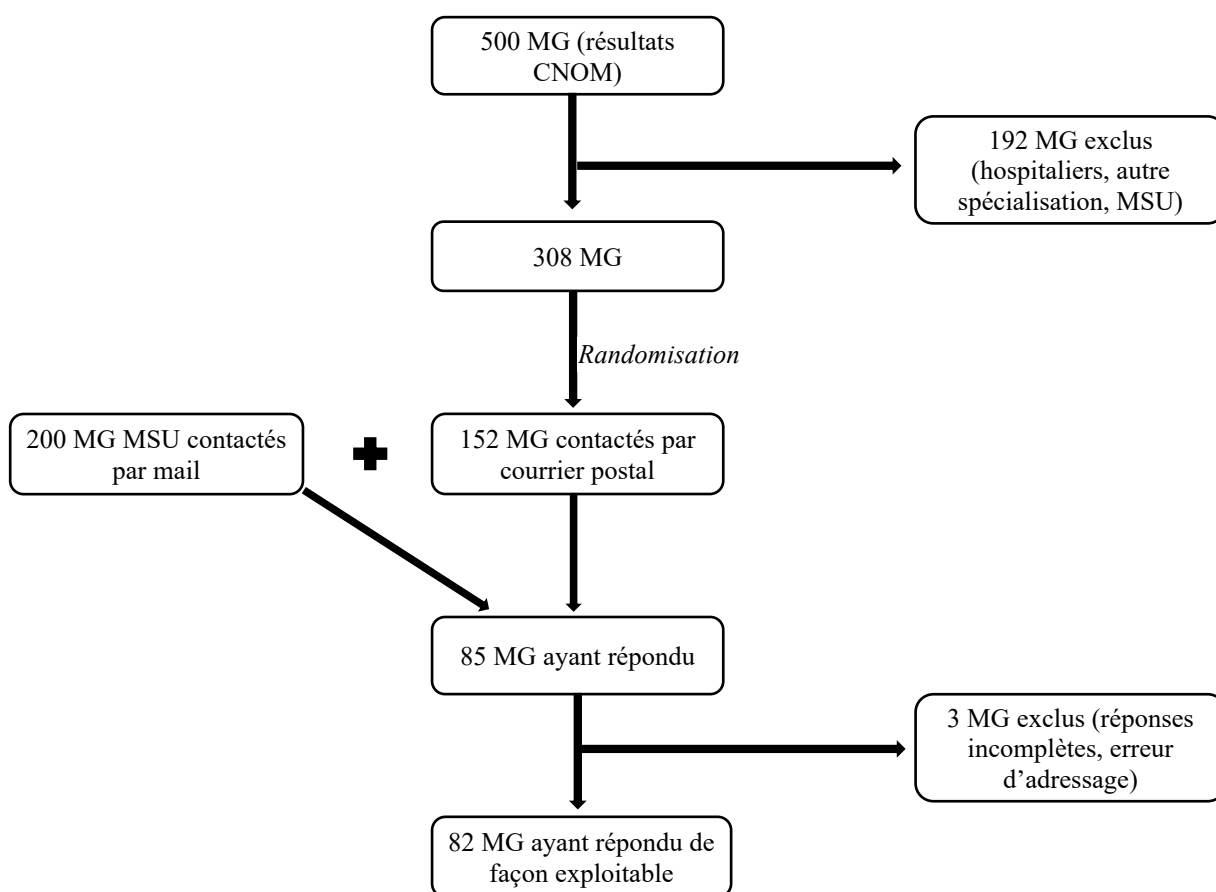
Enfin, les réponses aux questions libres sont été traitées et analysées manuellement.

RESULTATS

Parmi les 352 médecins interrogés, 85 ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 2 réponses ont été exclues en raison de réponses incomplètes aux généralités sociodémographiques (Q17 à Q21), et une en raison d'une erreur d'adressage (Médecin de prévention).

Au total, 82 médecins ont répondu de manière exploitable au questionnaire, soit 23,3% de la population étudiée. (Figure 2)

Figure 2 : Logigramme de l'échantillonnage

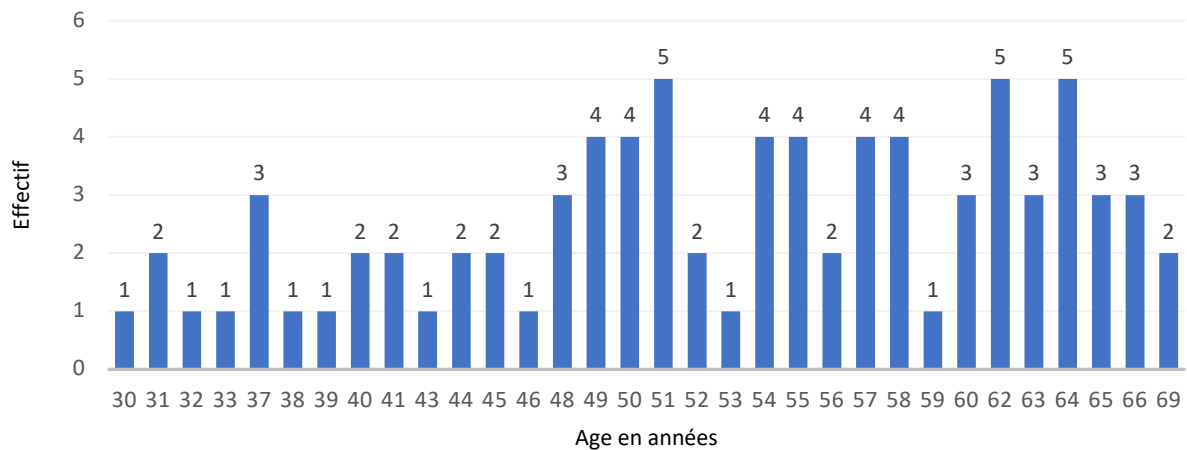


MSU : Maîtres de stage universitaires
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

1/ Caractéristiques sociodémographiques des répondants :

L'âge moyen des répondants était de 52,7 ans, pour un âge médian de 54 ans. (Figure 3)

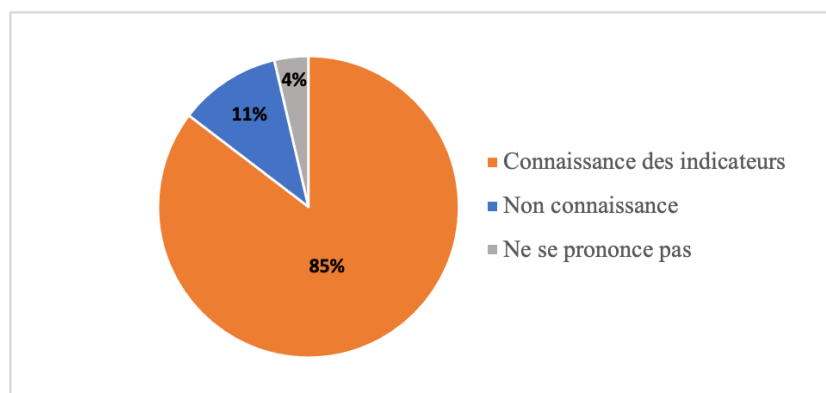
Figure 3 : Répartition des âges (n=82)



Tous les répondants (100%) déclaraient bénéficier de la ROSP (n=82).

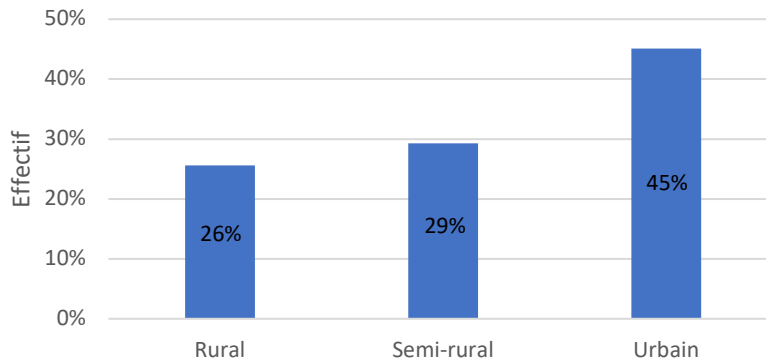
Parmi eux, 85% déclaraient connaître les indicateurs de la ROSP avant de répondre à ce questionnaire (n=70), 11% déclaraient ne pas les connaître (n=9), et 4% ne se sont pas prononcés (n=3). (Figure 4)

Figure 4 : Connaissance des indicateurs avant la réponse au questionnaire (n=82)



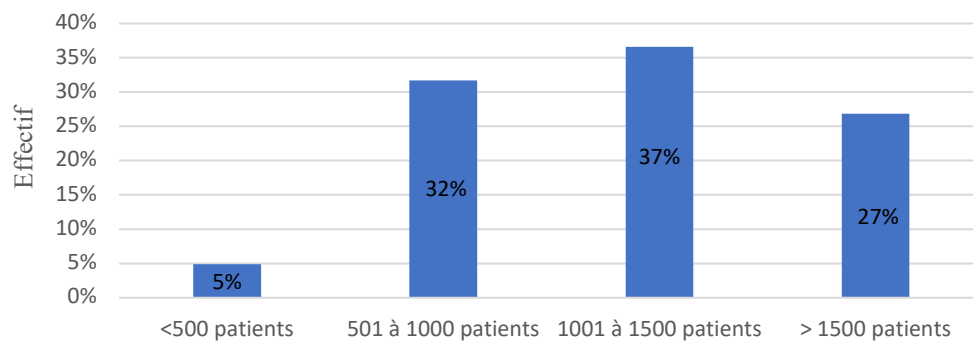
Les répondants déclaraient exercer à 26% en milieu rural (n=21), à 29% en milieu semi-rural (n=24), et à 45% en milieu urbain (n=37). (Figure 5)

Figure 5 : Lieu d'exercice (n=82)



Parmi les répondants, 37% déclaraient une patientèle de moins de 1000 patients (n=30) ; 37% déclaraient entre 1001 et 1500 patients (n=30) ; 26% déclaraient de plus de 1500 patients (n=22). (Figure 6)

Figure 6 : Taille de la patientèle Médecin traitant (n=82)

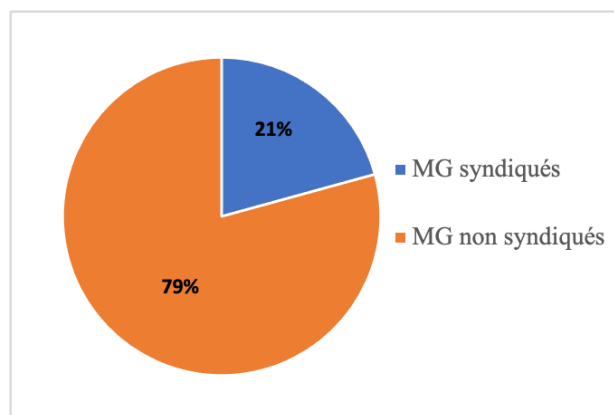


Les répondants syndiqués représentaient 21% de la population étudiée (n=17) et 10 ont précisé à quel syndicat ils adhéraient :

- Syndicat de l'Union française pour une Médecine Libre (UFML) : n=3
- Confédération des Syndicats Médicaux français (CSMF) : n=2
- Fédération française des médecins généralistes (MG France) : n=1
- Syndicat des Médecins libéraux (SML) : n=1
- Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) : n=1
- Un répondant a répondu SML + MG France + CSMF
- Un répondant a répondu Fédération des Médecins de France (FMF) + Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG)

79% des répondants déclaraient ne pas être syndiqués (n=65). (Figure 7)

Figure 7 : Appartenance à un syndicat de Médecine générale (n=82)



2/ Représentation de la ROSP : analyse descriptive :

Concernant la pertinence médicale des critères de la ROSP :

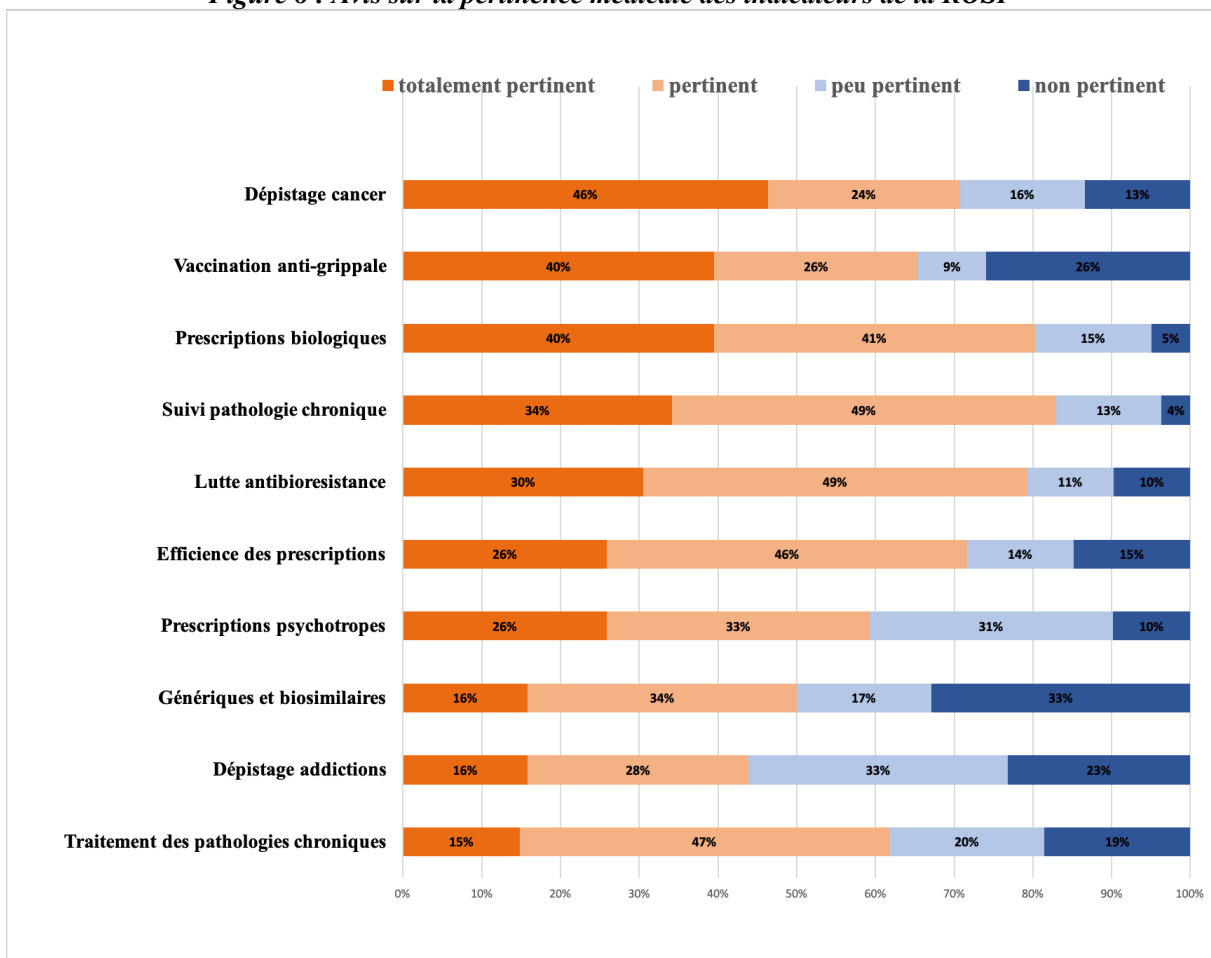
Les critères de la ROSP étaient majoritairement perçus comme pertinents.

Les indicateurs jugés les plus pertinents étaient les items de suivi des pathologies chroniques (83% favorables) et de prescriptions biologiques (81%), ainsi que la lutte contre l'antibiorésistance (79%). Le critère portant sur les dépistages des cancers était jugé totalement pertinent par 46% des répondants.

A l'inverse, seuls les critères de dépistage des addictions (58% défavorables) et de prescriptions de génériques et biosimilaires (50%) étaient perçus majoritairement comme peu ou pas pertinents.

Le critère portant sur la vaccination anti-grippale des patients en ALD et/ou > 65 ans était le plus controversé avec 26% le jugeant non pertinent, et 40% le jugeant à l'inverse totalement pertinent. (Figure 8)

Figure 8 : Avis sur la pertinence médicale des indicateurs de la ROSP



Concernant la représentation globale de la ROSP :

Une majorité des répondants jugeaient que la ROSP améliorerait globalement le suivi des pathologies chroniques comme le diabète et l'HTA (59% ; n=48), et la prévention en santé publique (57% ; n=47).

Pour 68% (n=56), la ROSP ne favorisait pas les économies de santé. (Tableau 2)

Une grande majorité des médecins interrogés (76%) ne considéraient pas la ROSP comme un reflet de la qualité de leur travail (n=62).

Seuls 9% des médecins estimaient que la ROSP avait changé leur rapport au patient (n=7), et 24% jugeaient qu'elle entravait certaines de leurs décisions et prescriptions médicales (n=20).

Tableau 2 : Analyse descriptive des réponses au questionnaire

	Oui	Non	NSP
Globalement, pensez-vous que la ROSP améliore le suivi des pathologies chroniques ?	59% (n=48)	38% (n=31)	4% (n=3)
Globalement, pensez-vous que la ROSP améliore la prévention et la Santé Publique ?	57% (n=47)	39% (n=32)	4% (n=3)
Globalement, pensez-vous que la ROSP favorise les économies de santé ?	28% (n=23)	68% (n=56)	4% (n=3)
Pensez-vous que la ROSP reflète la qualité de votre travail ?	20% (n=16)	76% (n=62)	5% (n=4)
Pensez-vous que la ROSP a changé votre rapport au patient ?	9% (n=7)	87% (n=71)	5% (n=4)
Pensez-vous que la ROSP entrave certaines de vos décisions et prescriptions médicales ?	24% (n=20)	71% (n=58)	5% (n=4)
Êtes-vous favorable à élargissement du système de la ROSP et du nombre d'indicateurs ?	22% (n=16)	73% (n=62)	5% (n=4)
Êtes-vous prêt(e) à modifier vos pratiques pour les objectifs où vous avez une marge de progression importante ?	52% (n=43)	39% (n=32)	9% (n=7)
La ROSP vous semble-t-elle une bonne alternative au paiement à l'acte ?	7% (n=6)	89% (n=73)	4% (n=3)
Êtes-vous globalement favorable au principe de paiement à la performance en Médecine générale ?	22% (n=18)	73% (n=60)	5% (n=4)

NSP : ne se prononce pas

D'un point de vue pratique, 82% des répondants déclaraient répondre aux indicateurs déclaratifs en procédant à une estimation approximative du pourcentage (n=69), contre 13% qui procédaient par une mesure exacte du pourcentage (n=11). Cinq pourcents déclaraient ne pas y répondre (n=4).

A la question libre « Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation des objectifs de la ROSP ? », les réponses ont été les suivantes :

- Oui (33 répondants) avec comme précisions :
 - Problème de l'adhésion et de la compliance des patients (8 répondants), en particuliers dans le dépistage des cancers (2 répondants)
 - Absence d'attention portée à la ROSP lors des consultations (7 répondants)
 - Problème de la prescription de traitement précis pour les pathologies chroniques, ne prenant pas en compte la spécificité de chaque patient (2 répondants)
 - Impact des autres prescripteurs comme les médecins hospitaliers et/ou les spécialistes (2 répondants), en particulier sur l'association IPP-AINS (1 répondant), les frottis cervico-utérin réalisés en centre hospitalier (1 répondant)
 - Atteinte difficile de certains objectifs, en particulier concernant la prescription des psychotropes, en cas de patientèle « particulière » (2 répondants)
 - Indicateurs non connus (1 répondant)
 - Indicateurs difficilement compréhensibles (1 répondant)
 - Difficulté à évaluer la proportion de la patientèle chez qui utiliser les tests de dépistage des addictions (1 répondant)
 - Chronophage (1 répondant)
 - Défaut de spécialiste sur le territoire (1 répondant)
 - Oubli de déclaration comme Médecin traitant (1 répondant)
 - Complexité des génériques (1 répondant)
- Non (27 répondants) avec comme précisions :
 - Aidé par un délégué de l'assurance maladie (3 répondants)
 - Il suffit de suivre les recommandations (2 répondants)
 - Simplicité offerte par les données informatisées (1 répondant)
- 22 n'ont pas répondu à la question.

Concernant le principe de paiement à la performance et le futur de la ROSP :

Une majorité des répondants (76% ; n=62) n'étaient pas favorables à un élargissement de la ROSP, contre 20% (n=16) qui l'étaient. (*Tableau 2*)

Pour 89% des répondants (n=73), la ROSP ne semblait pas être une bonne alternative au paiement à l'acte. 7% (n=6) jugeaient qu'elle l'était.

De manière générale, 73% (n=60) des répondants se déclaraient opposés au principe de paiement à la performance en Médecine générale, contre 22% (n=18) qui s'y déclaraient favorables.

3/ Représentation de la ROSP : analyse univariée :

Concernant l'influence de l'âge sur la représentation de la ROSP :

Nos résultats mettaient en évidence une représentation globalement plus favorable de la ROSP dans la catégorie des répondants âgés de moins de 40 ans, surtout en comparaison des répondants les plus âgés. (Tableau 3)

De manière significative, 80% des < 40 ans jugeaient que la ROSP apporte une amélioration globale au suivi des pathologies chroniques, contre 32% des > 59 ans ($p=0,02$; IC 95% [1.17; 96.2]). De même, 50% des < 40 ans étaient favorables à un élargissement du système de la ROSP, contre 14% des 50-59 ans ($p=0,03$; IC [0.91;42.7]) et 14% des > 59 ans ($p=0,07$).

On note une tendance chez les < 40 ans, à être plus enclins à modifier leurs pratiques pour les objectifs de la ROSP et à juger que la ROSP améliore globalement la prévention et la Santé publique, que la catégorie des > 59 ans (respectivement $p=0,04$; IC [0.95; 479] et $p=0,05$; IC [0.94; 47.1]).

Tableau 3 : étude de l'influence de l'âge sur la représentation de la ROSP

	< 40 ans (n=10)	40-49 ans (n=17)	50-59 ans (n=31)	> 59 ans (n=24)	Significativité
Améliore le suivi des pathologies chroniques	80% (n=8)	53% (n=9)	53% (n=16)	32% (n=7)	Entre < 40 ans et > 59 ans : p=0,02
Améliore la prévention et la Santé Publique	70% (n=7)	53% (n=9)	50% (n=15)	27% (n=6)	Entre < 40 ans et > 59 ans : p=0,05
Favorise les économies de santé	30% (n=3)	35% (n=6)	27% (n=8)	27% (n=6)	ns
Entrave certaines décisions	20% (n=2)	18% (n=3)	23% (n=7)	38% (n=8)	ns
Favorable à élargissement de la ROSP	50% (n=5)	24% (n=4)	14% (n=4)	14% (n=3)	Entre < 40 ans et 50-59 ans : p=0,03 Entre < 40 ans et > 59 ans : p=0,07
Enclins à modifier les pratiques	90% (n=9)	56% (n=9)	53% (n=16)	47% (n=9)	Entre < 40 ans et > 59 ans : p=0,04
Favorable au P4P en Médecine générale	30% (n=3)	25% (n=4)	20% (n=6)	23% (n=5)	ns

P4P : pay-for-performance (paiement à la performance)

ns : non significatif

Concernant l'influence de la taille de la patientèle sur la représentation de la ROSP :

Nos résultats mettaient en évidence des différences significatives de représentation de la ROSP entre les répondants déclarants < 1000 patients (n=30) et ceux déclarants 1001 à 1500 patients (n=30). (Tableau 4)

Respectivement, seuls 34% des < 1000 patients contre 79% des 1001 à 1500 patients jugeaient que la ROSP améliore la prévention et la Santé publique ($p=0,001$; IC [0.03; 0.53]), 14% contre 46% que la ROSP favorise les économies de santé ($p=0,009$; IC [0.03 ; 0.76]). 7% contre 46% se déclaraient favorables à un élargissement du système de la ROSP ($p=0,002$; IC [0.03 ; 0.76]), et 7% contre 44% favorables au principe de paiement à la performance en Médecine générale ($p=0,002$; IC [0.01 ; 0.51]).

Les différences de représentation étaient moins marquées entre les répondants déclarants < 1000 patients et ceux déclarants > 1500 patients.

Tableau 4 : étude de l'influence de la taille de la patientèle sur la représentation de la ROSP

	< 1000 patients (n=30)	1001 à 1500 patients (n=30)	> 1500 patients (n=22)	Significativité
Améliore le suivi des pathologies chroniques	52% (n=15)	79% (n=22)	50% (n=11)	ns
Améliore la prévention et la Santé Publique	34% (n=10)	79% (n=22)	68% (n=15)	Entre < 1000 et 1001 à 1500 : p=0,001 Entre < 1000 et > 1500 : p=0,02
Favorise les économies de santé	14% (n=4)	46% (n=13)	27% (n=6)	Entre < 1000 et 1001 à 1500 : p=0,009
Entrave certaines décisions	31% (n=9)	19% (n=5)	27% (n=6)	ns
Favorable à élargissement de la ROSP	7% (n=2)	46% (n=13)	5% (n=1)	Entre < 1000 et 1001 à 1500 : p=0,002 Entre 1001 à 1005 et > 1500 : p=0,001
Enclins à modifier les pratiques	46% (n=12)	68% (n=19)	60% (n=12)	ns
Favorable au P4P en Médecine générale	7% (n=2)	44% (n=12)	18% (n=4)	Entre < 1000 et 1001 à 1500 : p=0,002

Concernant l'influence du lieu d'exercice sur la représentation de la ROSP :

Nos résultats ne mettaient pas en évidence de grande disparité de représentation de la ROSP en fonction du lieu d'exercice. (Tableau 5)

On note cependant une différence significative avec seuls 5% des répondants exerçant en milieu semi-rural qui déclaraient percevoir la ROSP comme une entrave à leurs décisions et prescriptions médicales, contre 35% des répondants en milieu rural ($p=0,02$; IC [1.16 ; 531]) et 33 % des répondants en milieu urbain ($p=0,01$; IC [1.29 ; 468]).

Tableau 5 : étude de l'influence du lieu d'exercice sur la représentation de la ROSP

	Rural (n=21)	Semi-rural (n=24)	Urbain (n=37)	Significativité
Améliore le suivi des pathologies chroniques	65% (n=13)	52% (n=12)	64% (n=23)	ns
Améliore la prévention et la Santé Publique	45% (n=12)	57% (n=13)	61% (n=22)	ns
Favorise les économies de santé	30% (n=6)	30% (n=7)	28% (n=10)	ns
Entrave certaines décisions	35% (n=7)	5% (n=1)	33% (n=12)	Entre Rural et Semi-rural : p=0,02 Entre Semi-rural et Urbain : p=0,01
Favorable à élargissement de la ROSP	21% (n=4)	22% (n=5)	19% (n=7)	ns
Enclins à modifier les pratiques	53% (n=10)	52% (n=12)	64% (n=21)	ns
Favorable au P4P en Médecine générale	15% (n=3)	35% (n=6)	26% (n=9)	ns

Concernant l'influence de l'appartenance à un syndicat sur la représentation de la ROSP :

Nos résultats ne mettaient pas en évidence de différences significatives de perception de la ROSP en fonction de l'appartenance ou non à un syndicat de Médecine générale. On notait cependant une tendance discrète mais non significative des répondants syndiqués à percevoir la ROSP et son système de manière plus favorable que les répondants non syndiqués. (Tableau 6)

Tableau 6 : étude de l'influence de l'appartenance à un syndicat sur la représentation de la ROSP

	Syndiqué (n=17)	Non syndiqué (n=65)	<i>Significativité</i>
Améliore le suivi des pathologies chroniques	71% (n=12)	58% (n=36)	ns (p=0,4)
Améliore la prévention et la Santé Publique	65% (n=11)	58% (n=36)	ns
Favorise les économies de santé	24% (n=8)	47% (n=15)	ns (p=0,08)
Entrave certaines décisions	18% (n=3)	28% (n=17)	ns (p=0,5)
Favorable à élargissement de la ROSP	35% (n=6)	16% (n=10)	ns (p=0,1)
Enclins à modifier les pratiques	50% (n=8)	59% (n=35)	ns
Favorable au P4P en Médecine générale	35% (n=6)	20% (n=12)	ns (p=0,2)

Étude des autres facteurs d'influence sur la représentation de la ROSP :

Nos résultats ne montraient pas de différence significative de représentation de la ROSP en fonction de la participation ou non à une formation médicale continue et/ou un groupe d'échange de parole.

De même, il n'était pas montré de différence significative en fonction de la connaissance ou non des indicateurs de la ROSP avant la réponse au questionnaire.

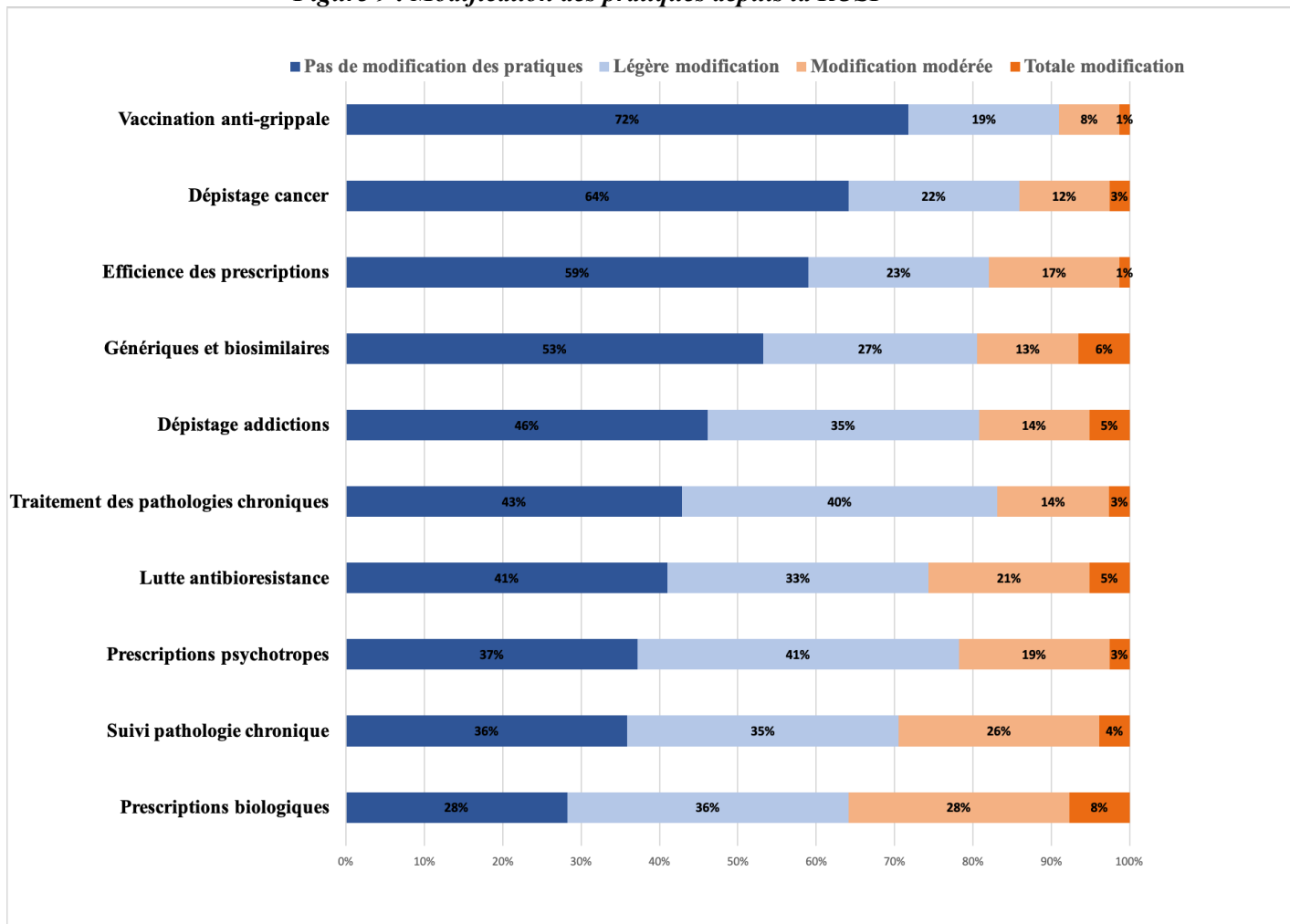
4/ Modification des pratiques induites par la ROSP :

La majorité des médecins interrogés déclaraient n'avoir pas ou peu modifié leur pratique depuis l'introduction de la ROSP, et ce concernant tous les critères. (Figure 9)

En particulier sur le critère de la vaccination anti-grippale, avec 72% déclarants n'avoir pas du tout modifié leur pratique médicale sur le sujet. De même, 64% déclaraient n'avoir pas du tout modifié leur pratique concernant le dépistage organisé des cancers, bien qu'ils le jugeaient parmi les plus pertinents sur le plan médical.

Les critères portant sur le suivi des pathologies chroniques et leurs prescriptions biologiques semblent avoir apporté le plus de modification à la pratique des médecins avec respectivement 36% et 29% déclarants avoir modifié de façon modérée à totale leur pratique médicale sur le sujet.

Figure 9 : Modification des pratiques depuis la ROSP



Par ailleurs, 52% des répondants affirmaient être prêts à modifier leurs pratiques pour les objectifs où ils présentaient une marge de progression importante (n=43). A la question libre connexe « *Par quelle(s) motivation(s) ?* » les réponses étaient les suivantes :

- Amélioration des soins et de la prise en charge des patients (9 répondants)
- Financière (5 répondants)
- Amélioration et suivi des pratiques recommandées (4 répondants)
- Intérêt de Santé publique (2 répondants)
- Motivé si l'indicateur paraît médicalement pertinent (2 répondants)
- ROSP jugée pertinente (1 répondant)
- Renforcement des examens de dépistage (1 répondant)
- Sentiment d'être salarié de la CPAM et de suivre ses instructions (1 répondant)

A l'inverse, 39% des répondants affirmaient ne pas être prêt à modifier leurs pratiques (n=32).

A la question libre connexe « *Pourquoi ?* » les réponses étaient les suivantes :

- Travaille avant tout pour l'intérêt du patient (4 répondants)
- En accord avec mes propres pratiques (3 répondants)
- Montant de la ROSP non assez valorisant (3 répondants)
- Infantilisation de la pratique par la ROSP (2 répondants)
- Non compliance des patients comme obstacle (2 répondants)
- Chronophage (1 répondant)
- Trop contraignant (1 répondant)
- Absence d'intérêt porté à la ROSP (1 répondant)
- Ne pratique pas de médecine statistique selon des objectifs financiers (1 répondant)

9% des répondants ne se sont pas prononcés sur cette question (n=7).

DISCUSSION

1/ Population étudiée et méthodologie de l'étude :

L'instauration de la ROSP depuis 8 ans, et celle des indicateurs révisés à la Convention médicale de 2016 depuis 2 ans, ont permis aux médecins interrogés d'avoir un certain recul sur la ROSP. Il était également intéressant d'interroger les MG, principaux intéressés du système, quand les seules données sur le sujet sont fournies par la CNAM.

La constitution partielle de l'échantillon par tirage au sort et la comparaison très similaire des âges des répondants par rapport aux données des âges des MG en Picardie ont permis d'assurer une certaine représentativité de l'échantillon par rapport à la population source ^[12]. (Tableau 7) Les MSU peuvent raisonnablement être considérés comme représentatifs de la population générale des MG ^[13]. Cependant, la représentativité de l'échantillon n'a pas pu être testée sur les autres critères comme le milieu d'exercice, la patientèle et le taux de syndicalisme, faute de données régionales. Cela peut induire un biais de sélection, notamment en raison de la taille modeste de notre échantillon.

Tableau 7 : Étude de la représentativité des âges de l'échantillon

	MG Picards en 2015 (n=2110)	Échantillon (n=82)	<i>Significativité</i>
Age moyen	53	52,7	ns
Proportion de > 60 ans	29%	29,3%	ns
Proportion de < 40 ans	12,8%	12,2%	ns

ns : non significatif

Sur le plan méthodologique, l'utilisation d'un questionnaire induit invariablement un biais de réponse lié aux données déclaratives. L'anonymat du questionnaire a pu limiter ce biais de réponse.

D'un point de vue statistique, l'analyse manuelle des données a exposé à des erreurs potentielles. Ce biais d'évaluation est cependant limité par l'utilisation d'outils statistiques informatiques. Ensuite, l'absence d'analyse multivariée entre les sous-groupes induit de possibles biais de confusion et doit faire relativiser la significativité des résultats obtenus par les analyses univariées.

2/ Synthèse et discussion des résultats :

Notre étude retrouvait des avis divergents et souvent mitigés concernant la ROSP.

D'un côté, on notait une majorité de MG jugeant la ROSP globalement efficace pour améliorer le suivi des pathologies chroniques (59%) et en santé publique (57%). De l'autre, on notait que la plupart des répondants n'étaient pas favorables à un élargissement du système de la ROSP et de ses indicateurs (73%), et jugeaient que la ROSP ne reflète pas la qualité de leur travail (76%). Concernant l'opinion des MG, *Cousin* et *Andriantsehenoharina* retrouvaient dans leurs travaux respectifs sur la ROSP des résultats proches avec environ la moitié des MG ne croyant pas à un impact positif de la ROSP sur la qualité des soins ^{[1][14]}.

Pertinence des indicateurs :

Les indicateurs de la ROSP, fixés par la CNAM et discutés avec les syndicats, étaient globalement jugés médicalement pertinents par les MG. Les indicateurs portant sur la lutte contre l'antibiorésistance, le dépistage des cancers et le suivi paraclinique des pathologies chroniques leur apparaissaient les plus pertinents.

Sur l'antibiorésistance, il faut distinguer les 2 indicateurs en jeu. Selon la revue *Prescrire*, un objectif minimal chiffré de traitement antibiotique par an pour 100 patients est incompréhensible, car l'essentiel pour le patient et dans la lutte contre les résistances est de reconnaître si la situation clinique justifie une antibiothérapie, puis de choisir un antibiotique adapté ^[15]. L'objectif de réduire la part d'antibiotiques les plus générateurs d'antibiorésistance pourrait sensiblement souffrir la même critique.

Sur le dépistage des cancers, il conviendrait d'interroger les médecins plus précisément sur les différents dépistages concernés car ils ont leurs propres problématiques. En effet, si le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur de nombreuses études convergentes vers son bien-fondé et semble faire actuellement consensus, celui du cancer du sein est par exemple bien plus discuté ^[16].

L'indicateur de la vaccination anti-grippale était le plus controversé dans notre étude, avec 40% le jugeant totalement pertinent contre 26% le jugeant à l'opposé non pertinent. Cela est concordant avec l'étude de *Dunet* au sein de laquelle les MG jugeaient cet indicateur comme étant le plus difficile à réaliser^[17]. La défiance d'une partie des patients, voire de certains MG, à l'encontre de cette vaccination, et le fait que les infirmiers et certains pharmaciens puissent vacciner sans prescription du MG expliquent en grande partie ces résultats^{[19][18]}. Un objectif non réalisé directement ou exclusivement par le MG peut échapper à son contrôle.

Dans notre étude, seuls les indicateurs, déclaratifs, portant sur la réalisation d'une intervention « type HAS » auprès des patients présentant une addiction au tabac ou à l'alcool étaient majoritairement jugés non pertinents.

Cela est au moins partiellement lié à la méthode déclarative de ces indicateurs, qui pose donc question. Il est intéressant de noter que 82% des répondants de notre étude déclaraient répondre aux indicateurs déclaratifs en procédant à une estimation de leur réponse, alors que seuls 13% déclaraient calculer précisément leurs résultats. Différentes études ont montré que cette méthode déclarative et son manque de fiabilité était perçus comme un frein à l'adhésion à la ROSP^{[20][21]}, avec une majorité de médecins estimant approximativement leurs résultats^[17]. Les taux d'atteinte de ces objectifs sont d'ailleurs toujours très bons. Récupérer et analyser ces données de façon précise apparaît souvent aux médecins comme trop compliqué voire irréalisable, et chronophage^[22].

La ROSP : un levier d'influence sur les pratiques ?

Dans notre étude, c'est environ la moitié des répondants qui se déclaraient prêts à modifier leurs pratiques pour améliorer leurs résultats. Leurs principales motivations semblaient être l'amélioration des soins portés au patient, l'amélioration de leur pratique médicale, et la rémunération financière. *Coissac et al.* relevaient également de leurs entretiens avec des MG que l'aspect financier et le désir d'amélioration des pratiques étaient les principaux vecteurs d'adhésion^[20]. *Cousin* et *Chho* ont constaté dans leur études respectives qu'une grande majorité des MG interrogés (environ 80%) jugeaient la prime trop faible pour induire des changements dans leur pratique^{[14][23]}. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) suggérait une rémunération d'au moins 10% de la rémunération globale des MG pour induire un réel impact, quand celle de la ROSP représente actuellement moins de 5%^[24].

Dans notre étude, la grande majorité des MG interrogés déclaraient n'avoir peu ou pas modifié leurs pratiques depuis l'introduction de la ROSP, et ce sur tous les indicateurs, même sur ceux jugés médicalement pertinents.

Les indicateurs de suivi des pathologies chroniques, principalement paracliniques, étaient ceux où le plus de MG déclaraient avoir modifié leurs pratiques, avec environ un tiers déclarant avoir modifié modérément ou totalement leurs pratiques sur le sujet. Cela se confirme à l'étude des résultats nationaux donnés par la CNAM en 2019 : on observe une nette progression dans les indicateurs de dépistage des complications rénales chez les patients hypertendus et diabétiques, par recherche annuelle de microalbuminurie/protéinurie et estimation du débit de filtration glomérulaire après dosage de créatininémie. Les autres indicateurs de suivi des pathologies chroniques n'ont par contre pas progressé entre fin 2016 et fin 2018 [2].

Sur les indicateurs de prescription de génériques et biosimilaires, les données nationales montrent une évolution notable, qui n'est pas retrouvée dans une telle mesure dans notre étude. Cela peut s'expliquer par la substitution désormais quasi-systématique des médicaments en génériques par le pharmacien, induisant un biais dans les résultats des MG. Sur ce point, il est intéressant de relever l'existence d'une ROSP Génériques pour inciter financièrement les pharmaciens à la substitution [25].

D'un point de vue pratique, la difficulté la plus souvent énoncée dans la réalisation des objectifs de la ROSP était le problème de l'adhésion des patients et de leur compliance vis-à-vis des prescriptions et recommandations des MG. Ensuite nous apparaissaient pertinents les reproches selon lesquels certains indicateurs ne prenaient pas en compte la spécificité de chaque patient et de sa prise en charge, ainsi que l'impact des autres prescripteurs sur les résultats des MG.

L'étude de *Martini* en 2014 n'avait pas relevé d'influence de l'introduction de la ROSP sur les taux de dépistages de cancer du sein et de l'utérus dans le département du Nord-Pas-de-Calais [26].

Des disparités d'opinions selon les médecins :

Il est intéressant de noter des disparités d'opinion au sein de notre étude, selon l'âge des MG. En effet, on retrouvait de manière parfois statistiquement significative une représentation beaucoup plus favorable de la ROSP chez les médecins les plus jeunes (<40ans) par rapport aux médecins les plus âgés (>59 ans). Les plus jeunes jugeaient la ROSP plus efficace en matière de suivi des pathologies chroniques et de Santé publique que leurs aînés. De même, ils se déclaraient plus enclins à modifier leurs pratiques et davantage favorable à un élargissement de la ROSP. Le travail de thèse de *Godefroy* allait dans ce sens, avec des MG jeunes qui semblaient avoir une meilleure connaissance des indicateurs et un avis plus favorable sur le système [21].

Nos résultats désignaient également la taille de la patientèle médecin traitant comme un facteur d'influence de la représentation des MG vis-à-vis de la ROSP. Les MG présentant une patientèle de taille « modérée » (1001 à 1500 patients) apparaissaient comme les plus favorables au principe de paiement à la performance en Médecine générale et à l'élargissement de la ROSP. Surtout, les MG déclarants moins de 1000 patients jugeaient la ROSP moins efficace, notamment en matière de santé publique et d'économies de santé. Cette donnée doit être rapprochée du fait que ces MG à la patientèle moindre perçoivent une ROSP de montant plus faible, en raison de la pondération à la taille de la patientèle lors du calcul de la rémunération. Il est intéressant de noter que *Soussain* a décrit d'après les résultats de l'Assurance maladie en Martinique que cette pondération induit même une quasi proportionnalité entre la rémunération et la taille de la patientèle, presque indépendamment du niveau d'atteinte des objectifs. Dans son étude, la ROSP se rapproche plutôt d'un forfait de 6,5 euros par patient [22].

Le lieu d'exercice, la connaissance ou non des indicateurs de la ROSP et la participation ou non à une formation médicale continue ne semblaient pas influencer l'opinion des MG sur la ROSP. Notre échantillon était de taille trop limitée pour analyser l'influence éventuelle d'appartenance à un syndicat donné. Globalement, l'analyse des données ne retrouvait pas de différence significative entre les MG syndiqués et ceux non syndiqués, mais on notait toutefois une tendance discrète des MG syndiqués à percevoir plus favorablement la ROSP et son système. Cela est à mettre en perspective lorsqu'on sait que les syndicats ont des positions parfois très divergentes vis-à-vis de la ROSP.

Il paraît donc intéressant d'envisager des travaux sur la portée du syndicalisme français en Médecine générale, lorsque 79% des répondants de notre étude déclarent ne pas être syndiqués et que les décisions sur le sujet se font entre l'Assurance maladie et les principaux syndicats de MG.

Économies de santé :

Dans notre étude, 68% des MG jugeaient que la ROSP ne facilitait pas les économies de santé. Nous ne disposons pas de données fiables sur le montant des économies de santé induites par la ROSP. Son coût, lui, représente un investissement de 259,4 millions d'euros pour l'Assurance maladie au titre de l'année 2018 et pour la ROSP du Médecin traitant de l'adulte uniquement [2].

La ROSP s'inscrit dans la lignée de mesures de maîtrise des dépenses de santé : par la réduction de l'hétérogénéité des pratiques, des prises en charges préventives basés sur l'Evidence-Based Medicine (traduit par Médecine fondée sur les preuves), elle espère limiter les hospitalisations et les soins lourds ; en favorisant le recours aux génériques et en promouvant des pratiques d'efficacité, elle espère limiter les dépenses évitables en examens complémentaires, soins, médicaments.

Les modes de rémunérations des MG :

Pour une grande proportion des MG interrogés (89%), la ROSP n'apparaissait pas comme une bonne alternative au paiement à l'acte. Il faut comprendre que le système de Médecine générale français est basé sur un modèle centralisé autour d'une assurance maladie, avec un paiement à l'acte majoritaire. Le mode d'exercice des MG français est fondé sur l'exercice isolé, et ce même au sein des cabinets de groupe. Les MG travaillent beaucoup et le paiement à l'acte est rattaché à une certaine idée d'autonomie et de liberté de prescription auxquelles ils sont attachés. La théorie du P4P repose sur l'idée d'une mesure incitative où la tâche serait motivée par l'intéressement financier, mais les considérations socio-économiques en jeu sont complexes et entremêlées [27].

Le paiement à la performance en Médecine générale :

Dans notre étude, la majorité des MG ne se déclaraient pas favorables au principe du P4P en Médecine générale (73%).

Coissac et al. ont relevé de leur travail de thèse que les considérations éthiques et déontologiques du P4P était l'un des principaux griefs des MG à l'encontre de la ROSP [20]. Dans ce sens, *Paesbrughe* a relevé comme principale inquiétude des MG sur l'évolution potentielle du système la crainte d'une dépendance croissante vis-à-vis de l'Assurance maladie [28]. Avec d'un point de vue scientifique le besoin de pouvoir critiquer les informations délivrées et la possibilité de s'en écarter s'ils le jugent dans l'intérêt de leur patient. Et d'un point de vue financier la crainte de la perte de liberté de prescription et de prise en charge des patients, comme le craignait le CNOM à l'introduction du CAPI [9].

Dans notre étude, près d'un quart des répondants (24%) percevait la ROSP comme une entrave à certaines de leurs décisions et prescriptions médicales, et 9% jugeaient même que la ROSP avait changé leur rapport au patient. Cela renforce l'idée que la ROSP induit des considérations et des réflexions déontologiques pour une majorité des MG. Cela était pressenti avant l'instauration de la ROSP par l'IGAS pour qui il apparaissait préférable d'exclure les indicateurs d'efficience afin que le médecin ne se sente pas « acheté » pour réduire les soins [24]. Dans son travail de thèse auprès de MG du Nord-Pas-de-Calais, *Leitz* retrouvait des chiffres plus marqués avec 61% de répondants jugeant que la ROSP impactait directement la relation médecin-malade (de manière négative pour 80% d'entre eux) et 61% y voyant même un conflit d'intérêt sur le plan déontologique [29].

En Europe, le QOF instauré au Royaume-Uni est le système de P4P le plus développé et le plus étudié. Il convient tout de même de prendre acte des différences importantes entre les modalités de rémunération et d'exercice entre les MG français et les General practitioners (GPs ; traduit par praticiens généralistes). En effet, la rémunération des GPs est basée essentiellement sur la capitation (61% des revenus, contre 12% à l'acte). Et le QOF s'est inscrit en plus de sa volonté d'amélioration des pratiques dans une démarche de revalorisation conséquente de la Médecine générale plutôt que d'économie de santé [30]. Comme nous le décrivions en introduction, le QOF n'est pas le succès escompté, avec des résultats discutés et une opinion globalement défavorable des GPs, bien qu'il ait permis une nette revalorisation de leur rémunération [24]. Si il a permis des améliorations notables sur les objectifs ciblés notamment en matière de prévention, cela s'est aussi fait parfois au dépens d'autres causes de santé publique non concernées par le QOF. Des auteurs ont également rapporté que des patients ont pu être exclus car faisant perdre de l'argent aux GPs [8][31].

D'après *Dudar Vel Brlick*, la multiplication des indicateurs, leurs changements intempestifs et la lourdeur administrative du système ont pu minimiser ses bénéfices pour les patients et les GPs ^[5]. *Ryan et al* n'ont pas mis en évidence d'incidence du QOF sur la mortalité globale des britanniques, six ans après sa mise en place ^[7].

Une méta-analyse de *Scott and al* jugeait en 2011 que les preuves à l'époque pour encourager le P4P étaient insuffisantes en vue d'améliorer la qualité des soins ^[32]. En 2017, la revue systématique de la littérature sur les programmes de P4P menait *Mendelson et al* à la même conclusion. Sur les soins ambulatoires, *Mendelson et al* suggéraient que le P4P pouvait induire des améliorations de soins pour les patient sur un court terme (2 ou 3 ans), mais sans évidence d'effets à long terme ^[33]. *Epstein et al* supposaient que la « rotation » des indicateurs et l'augmentation de leur nombre serait une stratégie efficace aux systèmes de P4P ^[34].

CONCLUSION :

Il apparaît évident que l'adhésion et la confiance des médecins généralistes vis-à-vis de la ROSP conditionnent directement la réussite de cette dernière. Elle doit leur paraître légitime.

La convention de 2016 a renouvelé la ROSP pour au moins 5 ans, jusqu'en 2021. Il sera intéressant de voir si et comment la CNAM et les principaux syndicats de Médecine générale vont donner suite à ce système. L'évolution amorcée en 2016 avec des indicateurs recentrés sur la pratique clinique et basés sur des recommandations plus consensuelles font que les MG jugent actuellement la plupart des indicateurs comme pertinents. Cependant, cela ne se corrèle pas directement à des modifications de pratique, pour des raisons diverses.

La modestie des résultats peut être mise en regard de la faiblesse de la rémunération quand on sait que l'aspect financier est un des principaux facteurs d'adhésion des MG.

L'opinion globalement défavorable des MG sur le paiement à la performance reflète aussi leurs préoccupations éthiques sur ce système et sur l'indépendance de leur pratique, particulièrement avec les indicateurs d'efficacité des prescriptions. Le recours à des indicateurs déclaratifs, peu fiables et praticables, semble décrédibiliser la ROSP.

Le fait de recentrer les indicateurs vers des objectifs cliniques basés sur des niveaux de preuve élevés pourrait susciter davantage d'adhésion car une majorité des MG ne demandent qu'à actualiser et améliorer leurs pratiques. Les jeunes MG y semblent d'ailleurs assez sensibles et apparaissent comme les plus favorables à la ROSP, avec davantage d'intentions à modifier leurs pratiques.

La pondération de la rémunération à la taille de la patientèle influence grandement son montant et ne semble pas inciter les MG ayant une patientèle réduite à adhérer à la ROSP. Cela semble avoir tendance à les rapprocher d'une rémunération forfaitaire plus que d'une réelle rémunération à la performance.

Bien sûr, des études de grande échelle sont nécessaires pour mesurer d'éventuels effets de la ROSP en santé publique et sur la mortalité des patients, et nécessitent une vision à moyen/long terme que nous commençons à entrevoir. L'exemple britannique du QOF et ses nombreuses limites doivent continuer à influencer l'évolution de la ROSP.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Andriantshenoharina L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/ paiement à la performance (P4P) : Une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [Thèse de Doctorat en Médecine]. Montpellier, 2014.
2. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Dossier de presse. Paris : CNAM, 2019.
3. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3):CD002215.
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2018. Paris : DREES, 2019.
5. Dudar Vel Brlick P. Structure des soins premiers au Royaume-Uni et rémunération sur objectif : Etude observationnelle des QOF dans l'optimisation de la prise en charge du diabète [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille, 2018.
6. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med.* 23 juill 2009;361(4):368-78.
7. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet.* 16 juill 2016;388(10041):268-74.
8. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt ? *BMJ.* 4 août 2016;i4060.
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Paris, 2011. Disponible sur : <http://www.fmcdinan.org/article-ordre-des-medecins-commentaires-sur-la-convention-nationale-organisant-les-rapports-entre-les-mede-84763681.html> [consulté le 2 août 2020].
10. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique : Bilan à 4 ans. Dossier de presse. Paris : CNAM, 2016.
11. 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. NOR: AFSS1629881A. JO du 23/10/2016 texte : 0248;10.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Picardie : Situation en 2015. Disponible sur: www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf [consulté le 5 juillet 2020].

13. Leroy O. Activités et pratiques professionnelles des maîtres de stage ambulatoire de la Faculté d'Angers [Thèse de Doctorat en Médecine]. Angers, 2011.
14. Cousin S. Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille, 2014.
15. Prescrire. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n° 14 à n° 24). Tome 33 n°356. Juin 2013.
16. Ferry M. Pertinence médicale (qualité des soins) et pertinence pratique (faisabilité) de 18 des 29 indicateurs de la rémunération à la performance: revue de la littérature et étude comparative entre deux groupes de médecins généralistes [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris VI, 2014.
17. Dunet B. Quelle est l'influence de la Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur le pratique des Médecins généralistes ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Angers; 2015.
18. Haute Autorité de santé. Extension des compétences des professionnels de santé en matière de vaccination : Vaccination contre la grippe saisonnière. Paris : HAS, 2018.
19. Ward JK. Rethinking the antivaccine movement concept: A case study of public criticism of the swine flu vaccine's safety in France. Soc Sci Med 1982. 2016;159:48-57.
20. Coissac L, Merviel N, Picard A. Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : Quelle perception en ont les médecins généralistes ? [Thèse de Doctorat en Médecine]. Angers, 2016.
21. Godefroy C. Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique [Thèse de Doctorat en Médecine]. Nice, 2018.
22. Soussain O. La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique: ça marche? Bilan de la ROSP de 2012 à 2016 à partir des données de la Sécurité Sociale concernant les médecins généralistes de Martinique [Thèse de Doctorat en Médecine]. Antilles, 2018.
23. Chho C. Les changements comportementaux induits par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) [Thèse de Doctorat en Médecine]. Paris XI, 2013.
24. Bras P-L, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. Rapport de l'Inspection Générale Des Affaires Sociales. 2008 p. 65.
25. Prescrire. Rémunération des pharmacies d'officine françaises : du médicament aux soins. Tome 40 N°440, Juin 2020.
26. Martini F. Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin : Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille, 2014.
27. 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.

28. Paesbrugge X. Visite des délégués de l'assurance maladie: ressenti des médecins généralistes des Hauts de France [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille, 2019.
29. 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 [Thèse de Doctorat en Médecine]. Lille, 2014.
30. Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Une comparaison internationale des paiements à la performance des médecins. Rev Les comptes de la Sécurité Sociale. Juin 2015.
31. Saint-Lary O. Paiement à la performance et soins primaires: étude des tensions éthiques liées à son introduction [Thèse de Doctorat d'éthique médicale]. Paris Descartes, 2014.
32. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011,9:CD008451.
33. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motúapuaka M, Freeman M, et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. Ann Intern Med. 7 mars 2017;166(5):341.
34. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. N Engl J Med. 2004;350(4):406-410.

ANNEXES :

Annexe 1 : Synthèses des résultats aux indicateurs, extraits du dossier de presse du 25 Avril 2019 fourni par la CNAM, intitulé « La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 » :

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de suivi des pathologies chroniques

Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 - déc. 2018
Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	79,0 %	78,7 %	79,4 %	0,7
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	62,9 %	62,0 %	62,9 %	0,9
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatinémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 49 %	31,0 %	34,9 %	4,1
HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatinémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	7,0 %	9,0 %	11,4 %	2,4
	Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 56%	44,2 %	43,6 %	0,03
Risque CV	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année *	79,0 %	80,2 %	79,1 %	-1,2

* La formule de calcul de l'indicateur de surveillance d'un traitement par anti vitamine K a été modifiée à compter de décembre 2017.

Synthèse des résultats des indicateurs calculés de prévention

Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 - déc. 2018
Grippe					
Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 61 %	52,9 %	52,9 %	55,3 %	2,4
Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 42 %	31,2 %	31,2 %	33,3 %	2,1
Dépistage des cancers					
Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 74 %	67,3 %	66,1 %	66,4 %	0,3
Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 65 %	56,9 %	56,8 %	56,1 %	-0,7
Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 55 %	22,9 %	29,1 %	28,1 %	-1,0
Intégration					
Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits	3 %	5,3 %	5,0 %	4,8 %	-0,2
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	≤ 30 %	41,6 %	40,9 %	42,4 %	1,5
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	≤ 9 %	15,1 %	15,0 %	14,8 %	-0,2
Antibiothérapie					
Nombre de traitements antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	≤ 20	39,5	36,1	35,8	-0,3
Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e génération ; fluoroquinolones).	≤ 32 %	43,2 %	39,5 %	36,9 %	-2,6

Indicateurs décroissants

Synthèse des résultats des indicateurs calculés d'optimisation et d'efficacité des prescriptions

Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2016	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 - déc. 2018
Prescription dans le répertoire des génériques ou biosimilaires					
Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	90,3 %	90,7 %	98,1 %	7,3
Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 90 %	86,5 %	88,5 %	92,7 %	4,2
Prescription dans le répertoire des génériques					
Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	Indicateur neutralisé*				
Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	Indicateur neutralisé*				
Prescription dans le répertoire des biosimilaires					
Index global de prescription dans le reste du Répertoire **	≥ 69 %	47,1 %	62,2 %	62,3 %	0,1
Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 10 %	0,2 %	2,8 %	9,1 %	6,3
Efficacité des prescriptions					
Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 92 %	87,2 %	87,9 %	88,4 %	0,5
Part des patients MT diabétiques traités par Metformine	≥ 90 %	80,6 %	81,4 %	82,3 %	0,9
Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH **	≥ 99 %	86,7 %	89,1 %	90,7 %	1,6

* Les 60 points correspondants à ces deux indicateurs ont été ventilés sur les autres indicateurs du volet efficacité au prorata de leurs poids respectifs.

** La formule de calcul de l'indicateur de prescription dans le reste du répertoire et de l'indicateur d'hormonémies thyroïdiennes ont été modifiées à compter de décembre 2017.

Indicateurs déclaratifs	Objectifs cibles	Résultats à fin déc. 2017	Résultats à fin déc. 2018	Evolution en points déc. 2017 - déc. 2018
Diabète - Examen des pieds chez le diabétique	≥ 95%	87,7%	88,7%	1,0
Risque cardio-vasculaire - Evaluation du risque CV avant traitement	≥ 95%	88,2%	89,8%	1,6
Conduites addictives - Addiction au tabac	≥ 75%	81,2%	85,8%	4,6
Conduites addictives - Addiction à l'alcool	≥ 75%	79,8%	81,8%	2,0

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude :

4) La ROSP a-t-elle modifié votre pratique ?

Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 4 (totalelement) :

Dans le suivi des pathologies chroniques (HTA, diabète, risque cardiovasculaire) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans les indicateurs liés au prescriptions biologiques (HbA1c, protéinurie, microalbuminurie, INR) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la prévention vaccinale anti-grippale :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans le dépistage des cancers :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la lutte contre l'antibio-résistance :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans l'évaluation des conduites addictives (tabac et alcool) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la limitation des prescriptions de psychotropes :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans les prescriptions de génériques et biosimilaires :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans l'efficacité des prescriptions (par exemple le dosage isolé de la TSH) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la prescription de traitement précis pour les pathologies chroniques (par exemple dans la prescription au patient artérielle de statine + antiagrégant + inhibiteur de l'enzyme de conversion ou sartan) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

5) Globalement, pensez-vous que la ROSP apporte une amélioration au suivi des pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

6) Globalement, pensez-vous que la ROSP contribue à améliorer la prévention et la santé publique ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

7) Globalement, pensez-vous que la ROSP favorise les économies de santé ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

8) Pensez-vous que la ROSP reflète la qualité de votre travail ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

QUESTIONNAIRE

1) Bénéficiez-vous de la rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) ?

- Oui
- Non
Si non, pour quelles raisons ?
(Reportez-vous directement à la question n°17)

2) Connaissiez-vous les indicateurs de la ROSP (actualisés en 2018) avant de répondre à ce questionnaire ?

- Oui
- Non

3) Quel est votre avis sur la pertinence médicale des indicateurs de la ROSP ?

Sur une échelle de 1 (=non pertinent) à 4 (=totalelement pertinent) :

Dans le suivi des pathologies chroniques (HTA, diabète, risque cardiovasculaire) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans les indicateurs liés au prescriptions biologiques (HbA1c, protéinurie, microalbuminurie, INR) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la prévention vaccinale anti-grippale :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans le dépistage des cancers :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la lutte contre l'antibio-résistance :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans l'évaluation des conduites addictives (tabac et alcool) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la limitation des prescriptions de psychotropes :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans les prescriptions de génériques et biosimilaires :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans l'efficacité des prescriptions (par exemple le dosage isolé de la TSH) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dans la prescription de traitement précis pour les pathologies chroniques (par exemple dans la prescription au patient artérielle de statine + antiagrégant + inhibiteur de l'enzyme de conversion ou sartan) :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

9) Pensez-vous que la ROSP a changé votre rapport au patient ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

10) Pensez-vous que la ROSP entrave certaines de vos décisions et prescriptions médicales ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

11) Concernant les indicateurs déclaratifs, comment procédez-vous ?

- Mesure précise du pourcentage
- Estimation approximative du pourcentage
- Je n'y réponds pas

12) Rencontrez-vous des difficultés dans la réalisation des objectifs de la ROSP ?

Réponse libre : _____

13) Etes-vous favorable à un élargissement du système de la ROSP et du nombre d'indicateurs ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

14) Etes-vous prêt(e) à modifier vos pratiques pour les objectifs où vous avez une marge de progression importante ?

- Oui : par quelle(s) motivation(s) ? _____

- Non : pourquoi ? _____

15) La ROSP vous semble-t-elle une bonne alternative au paiement à l'acte ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

16) Etes-vous globalement favorable au principe de paiement à la performance en Médecine Générale ?

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

3

Généralités :

17) Quel est votre âge ? _____ ans

18) Lieu d'exercice : Rural Semi-rural Urbain

19) Taille de la patientèle :

- < 500
- 501 à 1000
- 1001 à 1500
- > 1500

20) Appartenance à un syndicat de Médecine Générale : Oui Non
Si oui, lequel : _____

21) Participez-vous à une formation médicale continue ou un groupe d'échange de pratique ?
 Oui Non

4

RESUME :

Introduction : La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est un système français de paiement à la performance (P4P) depuis 2012. L'objectif était d'évaluer l'opinion des Médecins généralistes (MG) sur la ROSP, et son influence sur leur pratique. **Méthode :** Étude quantitative descriptive par questionnaire soumis aux 200 MG maîtres de stage de la faculté d'Amiens et à 152 MG exerçants dans le département de la Somme, entre le 5 mars et le 10 juin 2020. Analyse statistique par tableur et test de Fischer. **Résultats :** 82 MG ont répondu. Les indicateurs étaient majoritairement connus (85%) et jugés pertinents. 59% jugeaient que la ROSP améliore le suivi des pathologies chroniques, et 57% la prévention et la santé publique. Pourtant 76% estimaient que la ROSP ne reflétait pas la qualité de leur travail et 73% n'étaient favorables ni à son élargissement, ni au P4P en Médecine générale. Pour 28% la ROSP favorisait les économies de santé, pour 24% elle entravait certaines de leurs décisions, et pour 9% elle avait changé leur rapport au patient. L'âge < 40 ans était associé à une représentation plus positive de la ROSP. A l'inverse, les MG avec une patientèle de < 1000 patients avaient une opinion plus négative. Peu de MG déclaraient avoir modifié leurs pratiques, sur tous les indicateurs. 52% se disaient prêts à le faire, principalement pour améliorer leurs soins au patient et gagner davantage. **Discussion :** L'opinion des MG est mitigée, et les pratiques peu modifiées. Les bénéfices du P4P sont globalement incertains. **Conclusion :** La ROSP doit évoluer si elle veut l'adhésion des MG et être efficace.

Mots-clés : médecine générale ; médecins généralistes ; rémunération à la performance ; santé publique ; politique de santé ; remboursement incitatif

ABSTRACT :

Introduction : The Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) is a french pay-for-performance (P4P) system since 2012. The objective was to evaluate the opinion of General Practitioners (GPs) on ROSP, and its influence on their practice. **Methodology :** Descriptive quantitative study by survey submitted to the 200 GPs internship supervisors from Amiens university and to 152 GPs working in the Somme county, between March 5 and June 10, 2020. Results analysis was done through spreadsheet and Fischer's exact test. **Results :** 82 GP answered. Indicators were mostly known (85%) and assessed relevants. 59% considered that ROSP improves the monitoring of chronic diseases, and 57% prevention and public health. Yet 76% considered that the ROSP did not reflect the quality of their work and 73% were neither in favor of its expansion nor of P4P in general medicine. For 28% the ROSP allowed health savings, for 24% it hindered some of their decisions, and for 9% it had changed their relationship with patients. Age under 40 was associated with a better opinion of the ROSP. Conversely, GPs with a patient base of < 1000 patients had a more negative opinion. Few GPs declared having changed their practices, on all indicators. 52% said they were ready to do so, mainly to improve their patient care and earn more. **Conclusion :** GPs have lukewarm opinion on ROSP, and practices have changed little. The benefits of P4P are globally uncertain. ROSP must evolve to get GPs approval and be effective.

Keywords : general practice ; general practitioners ; pay for performance ; public health ; health policy ; reimbursement, incentive

TITRE : LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA REMUNERATION SUR OBJECTIF DE SANTE PUBLIQUE

RESUME :

Introduction : La Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est un système français de paiement à la performance (P4P) depuis 2012. L'objectif était d'évaluer l'opinion des Médecins généralistes (MG) sur la ROSP, et son influence sur leur pratique. **Méthode :** Étude quantitative descriptive par questionnaire soumis aux 200 MG maîtres de stage de la faculté d'Amiens et à 152 MG exerçants dans le département de la Somme, entre le 5 mars et le 10 juin 2020. Analyse statistique par tableur et test de Fischer. **Résultats :** 82 MG ont répondu. Les indicateurs étaient majoritairement connus (85%) et jugés pertinents. 59% jugeaient que la ROSP améliore le suivi des pathologies chroniques, et 57% la prévention et la santé publique. Pourtant 76% estimaient que la ROSP ne reflétait pas la qualité de leur travail et 73% n'étaient favorable ni à son élargissement, ni au P4P en Médecine générale. Pour 28% la ROSP favorisait les économies de santé, pour 24% elle entravait certaines de leurs décisions, et pour 9% elle avait changé leur rapport au patient. L'âge < 40 ans était associé à une représentation plus positive de la ROSP. A l'inverse, les MG avec une patientèle de < 1000 patients avaient une opinion plus négative. Peu de MG déclaraient avoir modifié leurs pratiques, sur tous les indicateurs. 52% se disaient prêts à le faire, principalement pour améliorer leurs soins au patient et gagner davantage. **Discussion :** L'opinion des MG est mitigée, et les pratiques peu modifiées. Les bénéfices du P4P sont globalement incertains. **Conclusion :** La ROSP doit évoluer si elle veut l'adhésion des MG et être efficace.

Mots-clés : médecine générale ; médecins généralistes ; rémunération à la performance ; santé publique ; politique de santé ; remboursement incitatif

ABSTRACT :

Introduction : The Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) is a french pay-for-performance (P4P) system since 2012. The objective was to evaluate the opinion of General Practitioners (GPs) on ROSP, and its influence on their practice. **Methodology :** Descriptive quantitative study by survey submitted to the 200 GPs internship supervisors from Amiens university and to 152 GPs working in the Somme county, between March 5 and June 10, 2020. Results analysis was done through spreadsheet and Fischer's exact test. **Results :** 82 GP answered. Indicators were mostly known (85%) and assessed relevant. 59% considered that ROSP improves the monitoring of chronic diseases, and 57% prevention and public health. Yet 76% considered that the ROSP did not reflect the quality of their work and 73% were neither in favor of its expansion nor of P4P in general medicine. For 28% the ROSP allowed health savings, for 24% it hindered some of their decisions, and for 9% it had changed their relationship with patients. Age under 40 was associated with a better opinion of the ROSP. Conversely, GPs with a patient base of < 1000 patients had a more negative opinion. Few GPs declared having changed their practices, on all indicators. 52% said they were ready to do so, mainly to improve their patient care and earn more. **Conclusion :** GPs have lukewarm opinion on ROSP, and practices have changed little. The benefits of P4P are globally uncertain. ROSP must evolve to get GPs approval and be effective.

Keywords : general practice ; general practitioners ; pay for performance ; public health ; health policy ; reimbursement, incentive