

**UNIVERSITÉ DE REIMS
FACULTE DE
MEDECINE**

ANNEE 2023-2024

N°

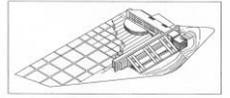
**THESE
DE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR**

**SOURDET, Laura
Née le 25/02/1991 à Reims**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024

**Perception de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure par les
médecins généralistes conventionnés**

PRESIDENT : M. le Professeur Damien JOLLY



UNIVERSITÉ DE REIMS
FACULTE DE
MEDECINE

ANNEE 2023-2024

N°

THESE
DE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR

SOURDET, Laura
Née le 25/02/1991 à Reims

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024

Perception de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure par les
médecins généralistes conventionnés

PRESIDENT : M. le Professeur Damien JOLLY

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

Laurent ANDREOLETTI	Bactério-Virologie- Hygiène Hospitalière
Olivier BOUCHE	Gastro-entérologie et Hépatologie
Guillaume CADIOT	Gastro-entérologie et Hépatologie
Christine CLAVEL	Biologie Cellulaire
Christophe DE CHAMPS DE SAINT LEGER	Bactério-Virologie – Hygiène Hospitalière
Alain DELMER	Hématologie Clinique
Vincent DURLACH	Thérapeutique
Damien JOLLY	Epidémiologie, Economie de la santé et prévention
Philippe GILLERY	Biochimie et Biologie Moléculaire
Olivier GRAESSLIN	Gynécologie et obstétrique
Christine HOFFEL-FORNES	Radiologie et Imagerie médicale
François LEBARGY	Pneumologie
Jean-Marc MALINOVSKY	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
Claude MARCUS	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
Yacine MERROUCHE	Cancérologie ; Radiothérapie
Damien METZ	Cardiologie et Maladies vasculaires
Philippe NGUYEN	Hématologie
Bach-Nga PHAM	Immunologie
Laurent PIEROT	Radiologie et Imagerie Médicale
Marie-Laurence POLI-MEROL	Chirurgie infantile
Philippe RIEU	Néphrologie
Isabelle VILLENA	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DE PREMIÈRE CLASSE

Michel ABELY	Pédiatrie
Carl ARNDT	Ophthalmologie
Firouzé BANI SADR	Maladies Infectieuses
Nathalie BEDNAREK-WEIRAUCH	Pédiatrie
Eric BERTIN	Nutrition
Sophie BOURELLE	Chirurgie infantile
François BOYER	Médecine Physique et Réadaptation
Brigitte DELEMER-COMTE	Endocrinologie et maladies métaboliques
Alexandre DENOYER	Ophthalmologie
Frédéric DESCHAMPS	Médecine du Travail et des risques professionnels
Gaëtan DESLEE	Pneumologie : addictologie
Caroline FRANÇOIS	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
Arthur KALADJIAN	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
Alireza KIANMANESH	Chirurgie digestive
Marc LABROUSSE	Anatomie & Oto-rhino-laryngologie
Pierre MAURAN	Physiologie
Bruno MOURVILLIER	Médecine intensive - réanimation
Pierre NAZEYROLLAS	Thérapeutique
Jean-Luc NOVELLA	Médecine Interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement
Dimitri PAPATHANASSIOU	Biophysique et médecine nucléaire
Christine PIETREMENT	Pédiatrie
Myriam POLETTE	Histologie
Anne-Catherine ROLLAND	Pédo-Psychiatrie

PROFESSEURS DE DEUXIÈME CLASSE

Beny CHARBIT	Anesthésiologie-Réanimation
Zoubir DJERADA	Pharmacologie fondamentale / clinique
Ambroise DUPREY	Chirurgie Vasculaire ; médecine vasculaire
Laurent FAROUX	Cardiologie
Paul FORNES	Médecine Légale et Droit de la Santé
René GABRIEL	Gynécologie et obstétrique & Gynécologie médicale
Stéphane GENNAI	Médecine d'urgence
Thomas GUILLARD	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière
Oifa HAMZAOUI TEBOUL	Médecine intensive-réanimation
Maxime HENTZIEN	Maladies Infectieuses
Stéphane JAISSON	Biochimie et Biologie Moléculaire
Stéphane LARRE	Urologie
Anne-Sophie LEBRE	Génétique
Claude-Fabien LITRE	Neurochirurgie
Gauthier LORON	Physiologie
Abd-El-Rachid MAHMOUDI	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Daphné MICHELET	Anesthésiologie-Réanimation
Solène MOULIN	Neurologie
Xavier OHL	Orthopédie - Traumatologie
Jean-Baptiste OUDART	Biochimie
Jeanne-Marie PEROTIN-COLLARD	Pneumologie
Anne QUINQUENEL	Hématologie clinique
Laurent RAMONT	Biochimie
Yohann RENARD	Anatomie
Sylvain RUBIN	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Vito Giovanni RUGGIERI	Chirurgie cardio-thoracique
Jean-Hugues SALMON	Rhumatologie
Amélie SERVETTAZ	Immunologie

Stéphane VIGNOT	Cancérologie
Manuelle-Anne VIGUIER	Dermatologie
Vincent VUIBLET	Cytologie et Histologie

<i>MAITRES DE CONFÉRENCE HORS CLASSE</i>

Dominique AUBERT	Parasitologie
Odile BAJOLET	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière
Pascale CORNILLET-LEFEVRE	Hématologie
Joëlle DEGEORGES-VITTE	Immunologie

<i>MAITRES DE CONFÉRENCE DE PREMIÈRE CLASSE</i>
--

Camille BOULAGNON-ROMBI	Anatomie et cytologie pathologiques
Stéphanie CAUDROY	Cytologie et Histologie
Véronique DALSTEIN	Biologie Cellulaire
Xavier DUBERNARD	Oto-rhino-laryngologie
Didier MAROT	Biochimie
David MORLAND	Biophysique et médecine nucléaire
Cyril PERRENOT	Chirurgie digestive
Emilie RAIMOND	Gynécologie-obstétrique
Arnaud ROBINET	Pharmacologie

<i>MAITRES DE CONFÉRENCE DE DEUXIÈME CLASSE</i>
--

Sara BARRAUD	Endocrinologie et maladies métaboliques
Farid BENZEROUK	Thérapeutique-Médecine de la douleur option addictologie
Esteban BRENET	Oto-rhino-laryngologie
Catherine FELIU	Pharmacologie fondamentale
Elia GIGANTE	Hépatologie
Delphine GIUSTI	Immunologie
Antoine HUGUENIN	Parasitologie et mycologie
Lukshe KANAGARATNAM	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Renaud SIBONI	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Sébastien SOIZE	Radiologie et imagerie médicale

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

Sophie DEGUELTE	Chirurgie digestive
Julien EUTROPE	Pédo-Psychiatrie
Tullio PIARDI	Chirurgie digestive
Amandine RAPIN	Médecine Physique et Réadaptation
Stéphane SANCHEZ	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Aline HURTAUD

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Jean-Pol FRITSCH

Jérôme GENTILS

Mickaël LORIOT

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Marie BOITEUX-CHABRIER

François LALLIER

Yannick PACQUELET

CONSERVATEUR

Mme Emmanuelle KREMER

DIRECTRICE DES SERVICES ADMINISTRATIFS

Mme Virginie BRULÉ-PINTAUX

Remerciements

À monsieur le Professeur Damien Jolly

Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

Chef du Pôle Recherche et Santé Publique, Unité de Promotion et de Soutien à la Recherche

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

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

Remerciements

À monsieur le Docteur Yannick Pacquelet

Spécialiste en médecine générale

Maître de Conférence Associé au département de médecine générale

Vous avez aimablement accepté de juger mon travail.

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À monsieur le Docteur Claude Bronner

Spécialiste en médecine générale

Président de l'URPS ML Grand Est

Vice-Président de la Fédération des Médecins de France – Union Généraliste

Vous m'avez spontanément apporté votre aide dès l'ébauche de la rédaction de ce travail et à chaque étape de celui-ci. Recevez ici mes plus chaleureux remerciements et soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

À monsieur le Docteur Renaud Miller

Spécialiste en médecine générale

Ton expérience personnelle a été l'inspiration de ce sujet. Merci infiniment d'avoir accepté d'encadrer mon travail et de m'avoir accompagnée avec tant d'enthousiasme, de patience et bienveillance.

Remerciements

À **mes enseignants tout au long de cet internat**, pour leur encadrement et le partage de leurs connaissances, avec une mention particulière pour le **docteur Véronique Wautelet**, merci pour votre patience, votre rigueur et votre bienveillance sans faille à mon égard.

À **mes parents et mon frère Thibaut**, merci pour votre amour, votre patience, votre confiance et votre soutien sur tous les plans.

À **Maciej**, pour ta gentillesse et ton amour inconditionnels. Tu me fais vivre une vie dont j'osais à peine rêver et j'ai hâte que tous nos projets se réalisent.

À **ma belle-famille polonaise, Wiola, Marek i Ania**, dziękuję za tak ciepłe przyjęcie mnie do rodziny.

À **Cassandra**, merci pour ton amitié et ta sincérité depuis et pour toujours.

À **mes amis rémois Lorraine, Axelle, Quentin, Marie, Bart, Camille, Marion, Sarah, Mouna, Candice**, pour votre amour, votre soutien indéfectible et tous les précieux moments passés ensemble, puisse-t-il y en avoir encore beaucoup d'autres malgré l'éloignement géographique.

À **John**, merci pour ton amitié sincère durant ces années et ton temps investi pour m'apprendre la radiologie. J'ai failli devenir presque radiologue.

À **mes amis de Nîmes et de Montpellier : Yann, Thomas, Jo, Nilou, Mathias, Chloé, Louis, Matthieu, Adamfa**, pour toutes les pool parties et les festivals passés et à venir.

À **mes co-internes**, pour le soutien et la rigolade dans l'adversité.

À **tous les médecins** qui ont participé à l'élaboration de ce travail en acceptant de prendre le temps de répondre à mon questionnaire.

Par délibération en date du 09 février 1968, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

Abréviations

AAP : antiagrégant plaquettaire

AAT : avis d'arrêt de travail

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

AINS : anti inflammatoire non stéroïdien

ALD : affection longue durée

AM : Assurance Maladie

ARA 2 : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II

AT/MP : arrêt de travail / maladie professionnelle

AVK : antivitamine K

BZD : benzodiazépine

C3G : céphalosporine de 3^{ème} génération

C4G : céphalosporine de 4^{ème} génération

CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles

CCAM : classification commune des actes médicaux

CM : certificat médical

CMU : couverture médicale universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COMELI : Collectif pour une Médecine Libre et Indépendante

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

CSS : complémentaire santé solidaire

DFG : débit de filtration glomérulaire

DMP : dossier médical partagé

DMT : déclaration de médecin traitant

EFR : explorations fonctionnelles respiratoires

FMC : formation médicale continue

FMF : Fédération des Médecins de France

FPMT : forfait patientèle médecin traitant

FS : forfait structure

GP : *general practioners*

HAS : Haute Autorité de Santé

HbA1c : hémoglobine glyquée

IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

INR : *international normalized ratio*

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

LAP : logiciel d'aide à la prescription

MSS : messagerie de santé sécurisée

MT : médecin traitant

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

P4P : *pay for performance*

PS : professionnel de santé

PSE : protocole de soins électronique

QOF : *quality and outcomes framework*

REAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique

ROR : rougeole oreillons rubéole

SAS : service d'accès aux soins

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

SPE : prescription électronique de transport

TSH : *thyroid stimulating hormone*

UFML : Union Française pour une Médecine Libre

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

I. INTRODUCTION

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) correspond à un système de paiement à la performance, dont les buts principaux sont l'amélioration de la qualité et l'harmonisation des soins, et la réalisation d'économies des dépenses de santé. Depuis sa création, la ROSP s'est étoffée et s'accompagne désormais pour les médecins généralistes d'autres paiements de type forfaitaire : le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et le forfait structure. Après une période de rodage avec le CAPI proposé par l'Assurance Maladie, ces rémunérations sont mises en place en 2011 dans le cadre de négociations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes. Ces négociations conventionnelles évoluent d'année en année : elles ont lieu tous les 4 ans et font l'objet d'avenants annuels.

A. LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE

Le concept du paiement à la performance (P4P, *Payment for Performance*) repose sur une logique économique de paiement de type incitatif pour les fournisseurs de soins, afin de faire évoluer leurs pratiques vers plus « d'efficience ». Il s'agit d'un paiement supplémentaire pour une performance conforme à des indicateurs de qualité.

Instauré aux États-Unis dès le début des années 1990, puis au Royaume-Uni, en Suède et en Australie dans les années 2000, le P4P a été mis en place en réaction à une augmentation croissante des dépenses de santé, afin de préserver la viabilité des budgets de la santé. De nombreux pays de l'OCDE réforment donc leur mode de paiement en proposant des incitations à améliorer la qualité des soins. (1)

En 2004, le Royaume-Uni met en place un système de P4P de grande ampleur, le QOF (*Quality and Income Framework*), dans le but de standardiser les pratiques médicales et de valoriser les soins primaires tels que la vaccination, la prévention et le traitement des maladies chroniques. (2) Il concerne les GP (*General Practitioners*, médecins généralistes au Royaume-Uni) et va

venir indexer leurs revenus sur la qualité de leurs prises en charge et leur performance au regard de plus d'une centaine d'objectifs à atteindre. (3)

Les premiers résultats seront mitigés. Si les professionnels de santé anglais salueront l'investissement des pouvoirs publics dans les grandes questions de santé, ils reprocheront au système une lourdeur administrative dans un contexte de charge de travail croissante, ainsi qu'une inégalité de paiement entre les cabinets les plus grands et les cabinets plus petits, pour un même niveau de qualité. (4) Sur le plan sanitaire public, l'effet sera globalement moins concluant qu'attendu, avec une absence d'influence sur la mortalité. Par ailleurs, certains aspects des soins cliniques s'amélioreraient déjà avant l'introduction du P4P ; et si ces effets se seront maintenus ou pour certains indicateurs auront légèrement augmenté, ils auront néanmoins rapidement atteint un plateau et le rythme d'amélioration restera équivalent à la période précédant le P4P ; ceci parfois au détriment d'autres pathologies non concernées par ces indicateurs. (5)

De son côté, la France s'engage dans le P4P en 2008, avec ce qui fut au départ le CAPI, transformé par la suite en ROSP.

B. HISTORIQUE DU P4P EN FRANCE

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 a créé la possibilité de proposer aux médecins un contrat comportant des engagements individualisés : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Ce contrat, conclu entre l'Assurance Maladie et le médecin, introduit pour la première fois en France une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales. Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte.

Ces objectifs de santé publique comprennent initialement des objectifs de prévention et de suivi des maladies chroniques, ainsi que d'efficacité des prescriptions, sous la forme de seize indicateurs. Ces indicateurs ont été définis par l'Assurance Maladie mais, contrairement au QOF, sans concertation avec les médecins généralistes. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2009 émet d'ailleurs un avis défavorable la concernant. Celui-ci y voit la porte ouverte vers une perte de l'indépendance des médecins, une lourdeur administrative

supplémentaire et une dégradation de la relation médecin patient, puisqu'un intérêt financier vient s'y immiscer. (6) Cet avis défavorable est partagé par les syndicats de médecins libéraux et les médecins généralistes eux-mêmes dans leur majorité, notamment du fait du blocage de la valeur de l'acte C (acte de consultation) qui promettait d'être compensée par la ROSP perçue si les objectifs étaient atteints. Il en découle que le médecin qui refuse la ROSP verrait dans ce cas ses revenus diminuer. (7)(8)(9)(10)

Néanmoins, en 2009, un tiers des médecins éligibles ont souscrit au CAPI.

La convention médicale de 2011 signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et quatre syndicats de médecins (CSMF, SML, MG France et FMF) décide de maintenir ce mode de rémunération et fait ainsi naître la ROSP chez les médecins généralistes, les cardiologues et les gastro-entérologues. Elle est incluse dans la convention mais peut être refusée, sans que cela n'implique de sanctions. En 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) s'y oppose de nouveau. (6)

Entre 2011 et 2015, la part de cette rémunération est progressivement croissante. (11)

Les premiers résultats à 5 ans de sa mise en place sont publiés par la CNAM et montrent des taux d'atteinte des objectifs portant sur l'organisation du cabinet, l'optimisation des prescriptions, le suivi des maladies chroniques et la prévention en hausse. (12)

La convention de 2016 signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats représentatifs des médecins (FMF, Le Bloc, MG France) permet la poursuite de cette ROSP, avec un enrichissement et une augmentation des indicateurs, et un durcissement des indicateurs précédents (le taux de feuilles de soins électroniques par exemple). La SML et la CSMF s'y opposent initialement, puis la signeront en 2018.

En 2018, l'Assurance Maladie publie de nouveau des résultats suite à ces changements. Elle y voit une confirmation de l'intérêt du dispositif comme levier de changement et d'amélioration des pratiques des médecins libéraux, malgré des résultats mitigés avec des indicateurs globalement stables ou en faible progression. (13)

C. MODES DE REMUNÉRATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCE

Les médecins généralistes français conventionnés perçoivent deux types de rémunération : le paiement à l'acte et le paiement par forfait.

Le paiement à l'acte correspond à la rémunération du médecin selon ses actes médicaux pratiqués, selon des tarifs conventionnels, auxquels viennent s'ajouter la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Les principaux intérêts de ce type de paiement sont la liberté de pratique et la possibilité d'augmentation de productivité (à la fois en temps de travail et en cotation d'actes).

Le paiement par forfait correspond à un paiement non lié à l'activité : le médecin perçoit une rémunération annuelle forfaitaire selon sa pratique. Il comprend le forfait patientèle médecin traitant (FPMT), le forfait structure et la ROSP.

Mis en place le 1^{er} janvier 2018, le forfait patientèle médecin traitant bénéficie à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés et déclarés comme médecins traitants, quelle que soit leur spécialité médicale. Ce forfait est calculé annuellement en fonction du nombre de patients déclarés, de leur âge et de leur affectation ou non en affection longue durée. Chaque patient âgé de 7 à 79 ans (hors ALD) est valorisé à hauteur de 5 euros, les patients de 0 à 6 ans à hauteur de 6 euros, les patients de 80 ans et plus en ALD à hauteur de 70 euros. Une majoration de 4% est appliquée pour les patients bénéficiaires de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire, anciennement appelée CMU et ACS). Le versement s'effectue de manière trimestrielle, sur la base de trois acomptes et d'une régularisation. Le règlement arbitral de la convention médicale entré en vigueur le 1^{er} mai 2023 prévoit une revalorisation du forfait médecin traitant à compter du 1^{er} janvier 2024 pour les patients de 80 ans et plus hors ALD (passage de 42 euros à 46 euros par patient) et les patients de moins de 80 ans en affection de longue durée (passage de 42 euros à 46 euros par patient). (14)(15)

Par ailleurs, le dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires s'étoffe le 1^{er} janvier 2022. Il concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés. Il permet de valoriser la prescription de médicaments biosimilaires, moins coûteux que les médicaments biologiques de référence. Il existait auparavant dans un indicateur uniquement pour les biosimilaires de l'insuline glargine. (16)

En 2022, les honoraires versés aux médecins généralistes au titre du paiement à l'acte représentent 68,1% de leurs revenus et sont donc leur mode de rémunération majoritaire. Cette part a tendance à diminuer au fil des années au profit des forfaits. Cette évolution est représentée dans le tableau 1. (11)(20) Les contrats et les forfaits représentent quant à eux 17,8% de leur rémunération.

La ROSP pour les médecins généralistes s'élève à 733 millions d'euros en 2022, contre 263 millions d'euros en 2017. Le FPMT représente une enveloppe de 897 millions d'euros en 2022, contre 902 millions en 2021. (11)

Tableau 1. Évolution de la part du paiement à l'acte dans la rémunération des médecins généralistes

	2004	2014	2022
Part du paiement à l'acte	87%	73,8%	68,1%

D. PRÉSENTATION DE LA ROSP

1. La ROSP médecin traitant de l'adulte

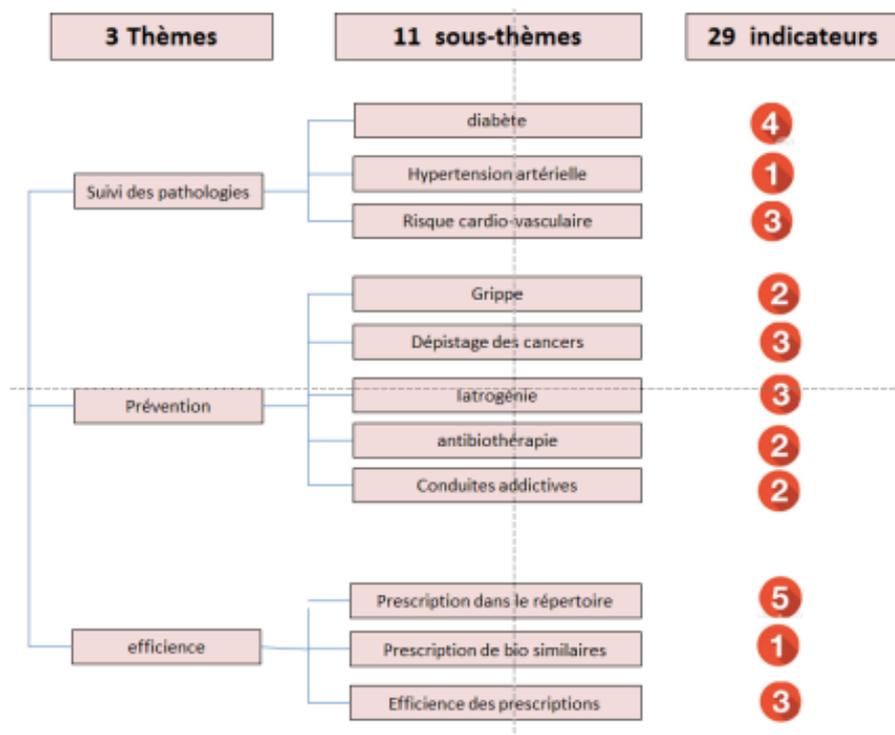
Elle s'applique à l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, sauf renoncement explicite de leur part par écrit avec accusé de réception dans les 3 mois suivant la date d'installation ou du premier conventionnement pour les nouveaux installés. Ce renoncement est définitif pour toute la durée de la convention. (17)

Le calcul de la ROSP est basé sur plusieurs éléments : l'atteinte d'indicateurs de qualité, un taux de réalisation d'objectifs cibles et intermédiaires, un nombre de points calculés et une période de référence (annuelle). Ces indicateurs sont pondérés en fonction de la taille de la patientèle médecin traitant.

Les indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'adulte

Ces indicateurs de qualité de pratique clinique sont regroupés en trois grandes thématiques, chacune déclinée en sous thèmes. (18)(20)

Figure 1. Indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'adulte en 2023



L'ensemble de ces indicateurs représente un maximum de 940 points : 220 points pour le suivi des pathologies chroniques, 390 points pour les indicateurs de prévention, 330 points pour les indicateurs portant sur l'efficience des prescriptions.

Parmi eux, 25 sont obtenus à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie et les 4 restants sont des indicateurs déclaratifs, c'est-à-dire que les données sont renseignées par le médecin lui-même, via son espace personnel professionnel (*AmeliPro*).

Ils sont détaillés dans l'annexe 1.

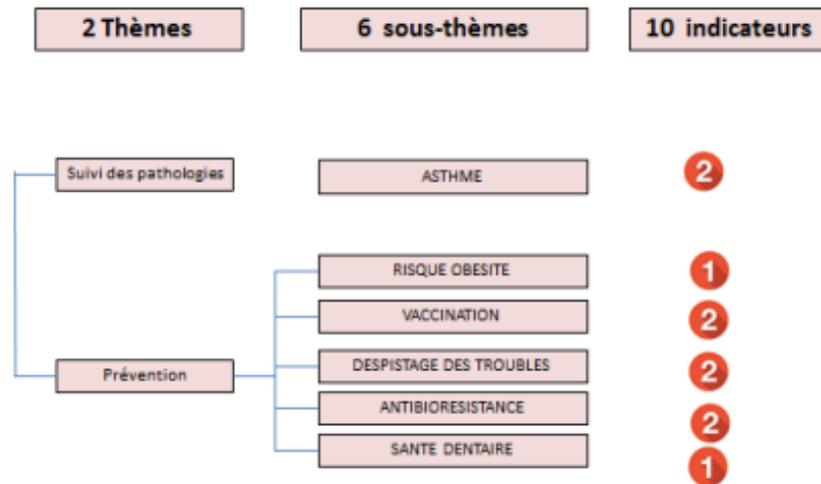
Pour chaque indicateur sont définis la patientèle du médecin, un seuil minimal de boîtes de médicaments ou de patients et un nombre de points.

2. La ROSP médecin traitant de l'enfant

Elle concerne les médecins traitants libéraux conventionnés déclarés pour les enfants de moins de 16 ans. Le dispositif de renoncement est le même que pour la ROSP de l'adulte.

Les indicateurs de qualité de pratique clinique sont articulés autour de deux thèmes, eux-mêmes déclinés en sous-thèmes. (19)

Figure 2. Indicateurs de la ROSP du médecin traitant de l'enfant en 2023



L'ensemble de ces indicateurs représente un total de 305 points maximum, pour une patientèle de référence de 600 patients.

Ils sont détaillés dans l'annexe 2.

3. Calcul de la rémunération

Le calcul de la ROSP est identique pour la ROSP médecin traitant de l'adulte et de l'enfant. Il prend en compte à la fois le niveau atteint, mais aussi la progression réalisée au regard des objectifs (intermédiaires et cibles) ; et la prise en compte de ces deux éléments permet le calcul du taux de réalisation. Ce taux de réalisation pour chaque indicateur tient compte du taux de départ (niveau du médecin à la fin de l'année précédente), du taux de suivi (niveau atteint à la fin de l'année par le médecin) et de l'atteinte ou non des objectifs.

Pour les médecins nouvellement installés, le taux de départ retenu est celui de la moyenne nationale pour l'indicateur.

Pour chaque indicateur est défini un nombre de points maximum, qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible et donc d'un taux de réalisation de 100%. La valeur du point étant de 7 euros, la rémunération est calculée selon la formule suivante :

$$\text{Rémunération} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times 7 \times (\text{taille de la patientèle} / 800)$$

Pour une patientèle de 800 individus adultes, le montant maximum théorique versé serait donc de 6580 euros.

Pour une patientèle de 600 individus âgés de moins de 16 ans, il serait de 2135 euros.

Les indicateurs déclaratifs sont remplis directement par le médecin généraliste sur son espace personnel professionnel *AmeliPro*. Pour ce remplissage, le médecin peut se faire aider par un délégué de l'Assurance Maladie s'il le souhaite.

Les autres indicateurs sont calculés automatiquement, sur la base des remboursements de soins pour chaque patient.

4. Montant de la ROSP en 2022

Au total, 64 824 médecins sont rémunérés dans le cadre de la ROSP médecin traitant de l'adulte, pour un montant total de 264,6 millions d'euros en 2022 (contre 263,9 millions pour 64 801 médecins rémunérés en 2021).

Le montant moyen de rémunération augmente ainsi, passant de 4 891 euros en 2021 à 4 958 euros pour les médecins généralistes.

Pour 2022, le montant total versé au titre de la ROSP du médecin traitant de l'enfant (médecins généralistes et spécialistes) atteint 13,9 millions d'euros.

En 2022, la rémunération moyenne versée aux médecins généralistes au titre de la ROSP adulte et enfant était de 5113 euros par médecin. (20)

E. PRÉSENTATION DU FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure correspond à une aide financière forfaitaire pour les médecins libéraux conventionnés, visant à valoriser l'organisation et la gestion de leur cabinet, et l'amélioration du service au patient. Tous les médecins libéraux conventionnés sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice. Il n'est pas possible de renoncer

à ce forfait, mais pour l'invalider, il suffit de ne pas respecter volontairement ou non l'un des indicateurs du volet 1. (21)

Il comprend deux volets.

Le premier volet « prérequis » est constitué de cinq indicateurs. Ces indicateurs doivent être atteints à la fois pour bénéficier de la rémunération correspondante, mais aussi pour avoir accès aux indicateurs du second volet. Il est dédié à la valorisation de l'investissement dans des équipements du cabinet. Il est affecté de 280 points pour 2023.

Tableau 2. Indicateurs du volet 1 du forfait structure

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

Le second volet est constitué d'indicateurs optionnels et indépendants les uns des autres. Il vise à valoriser la démarche d'optimisation de la prise en charge des patients dans le parcours de soin au sein des cabinets médicaux. Il est affecté de 883 points.

Tableau 3. Indicateurs du volet 2 du forfait structure.

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

Le détail de ces indicateurs et leurs objectifs sont présentés en annexe 3.

Le calcul de la rémunération est calqué sur celui de la ROSP : à l'aide d'un système de points, chaque point étant valorisé à 7 euros.

La rémunération maximale théorique qui peut être versée au titre du forfait structure est donc de 8141 euros.

Au total, le montant versé au titre de la ROSP du médecin traitant de l'adulte et de l'enfant, et du forfait structure pour l'équipement du cabinet médical atteint en moyenne 9 151 euros pour les 51 661 médecins généralistes rémunérés en 2022. (20)

F. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La forfaitisation de la rémunération du médecin généraliste et plus particulièrement la ROSP et le forfait structure amènent de nombreuses questions.

En effet, les études menées notamment sur les résultats du QOF au Royaume-Uni montrent globalement un faible impact sur les dépenses de santé publique et l'amélioration des soins primaires. (22)

Par ailleurs, se pose également la question de la pertinence des indicateurs : sont-ils synonymes d'une bonne qualité de soin apportée au patient, sont-ils un bon reflet de l'activité de soins primaires, et leur mode de calcul est-il compréhensible, fiable et juste au regard de la pratique courante des médecins généralistes ? Ce type de rémunération pourrait aussi faire craindre une modification du paysage médical avec l'augmentation du regroupement de médecins, dans le but d'atteindre plus facilement les objectifs en réalisant des économies sur le coût de fonctionnement des cabinets. Ce système de P4P ne favorise-t-il pas la bonne prise en charge des indicateurs « valorisés financièrement » au détriment du reste de la prise en charge du patient, car le médecin, comme n'importe quel travailleur, se concentrera sur ce qui est noté, valorisé, surveillé ?

En 2011, le Conseil National de l'Ordre des Médecins voyait d'un mauvais œil la mise en place du CAPI en soulevant des questions essentielles de déontologie et d'éthique médicale. (6)

De l'avis des médecins généralistes, la ROSP ne serait pas un bon reflet de leur travail, leur faisant ressentir un sentiment d'injustice et d'effort non ou peu récompensé, du fait de son mode de calcul jugé parfois obscur, et du fait que le patient décide lui-même de la réalisation des soins prescrits. (12) Pourtant, l'instauration de la ROSP avait reçu lors de sa mise en place un accueil plutôt favorable de la part des médecins généralistes sur le plan des objectifs, qu'ils estimaient assez conformes avec les grandes questions et enjeux de santé publique.

Enfin, celle-ci serait représentative d'une perte progressive de leur indépendance de prescription, avec une mainmise de l'Assurance Maladie sur leur travail. (23)

Douze ans après l'instauration de la ROSP, il est apparu intéressant de réaliser un état des lieux de l'avis des médecins généralistes sur leur rémunération forfaitaire, comment utilisent-ils les outils de remplissage, comment procèdent-ils pour les indicateurs déclaratifs et comment ce système de rémunération pourrait-il évoluer dans l'avenir.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur l'adéquation entre leurs chiffres de ROSP et de forfait structure avec leur pratique : considèrent-ils leur performance selon la ROSP représentative de leur travail ?

L'objectif secondaire était de recueillir leurs opinions générales sur la ROSP et le forfait structure.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. TYPE D'ÉTUDE

Une étude épidémiologique, descriptive, analytique, transversale avec une méthodologie qualitative a été réalisée. L'enquête a été menée via un questionnaire informatisé en ligne et anonyme.

B. POPULATION

La population cible était celle des médecins généralistes conventionnés en secteurs 1 et 2, qu'ils soient libéraux ou salariés, en France métropolitaine et dans les Outre-Mer.

Ont été exclus les médecins généralistes remplaçants et non installés, les médecins généralistes ayant refusé la ROSP, les médecins généralistes exerçant en secteur 3 et les répondants ayant fourni des réponses incomplètes afin d'obtenir l'échantillon.

C. MODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil des données a été effectué sous forme de questionnaire anonyme, mis en ligne entre le 18 janvier 2024 et le 11 février 2024. L'écriture informatique a été réalisée par Trabtek Solutions (partenaire de l'université de Strasbourg). Il est présenté en annexe 4.

Ce questionnaire se composait de 24 questions, réparties en quatre grandes sections : données sociodémographiques et professionnelles (13 questions), perception des résultats personnels de la ROSP (2 questions), perception des résultats personnels du forfait structure (2 questions) et une discussion autour de la perception générale de la ROSP et du forfait structure (7 questions). Certaines questions étaient à choix unique, d'autres à choix multiples et il a été laissé la possibilité d'écrire des commentaires libres.

La diffusion de ce questionnaire a été réalisée de manière nationale, en métropole et en Outre-Mer, via la liste de diffusion de l'Espace Médecine¹, les listes de diffusion des Unions

¹ Association loi 1901 créée en 1990 à Strasbourg, constituée d'un fichier annuaire des médecins libéraux.

Régionales des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux (URPS-ML), les réseaux sociaux, les communautés départementales Médecins Pour Demain et les COMELI départementaux.

D. ANALYSE DES DONNÉES

Les réponses aux questions fermées à choix uniques et multiples ont été converties en données analysables par un tableur. Les analyses descriptives ont été réalisées dans le logiciel Microsoft Excel.

Les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu par méthode inductive générale puis classés en catégories.

Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel jamovi version 2.3.21. Les analyses univariées ont été réalisées selon le test des rangs signés de Wilcoxon et le test du Chi2 d'ajustement et les analyses multivariées selon le test du Chi2 d'association. Le seuil de significativité a été fixé pour $p < 0,05$.

Ces analyses ont été réalisées sur les questions jugées les plus pertinentes et selon différents sous-groupes :

- Âge ;
- Genre ;
- Milieu d'exercice ;
- Taille de la patientèle ;
- Appartenance ou non à un syndicat médical.

Des analyses statistiques ont ensuite été réalisées à partir de sous-groupes déterminés selon leur âge, leur milieu d'exercice, la taille de leur patientèle et leur appartenance ou non à un syndicat médical.

III. RÉSULTATS

À l'issue de la diffusion du questionnaire, 2546 réponses ont été obtenues. Parmi celles-ci, 29 ont été exclues, en raison de réponses incomplètes, d'exercice dans une autre spécialité que la médecine générale ou de refus de la ROSP.

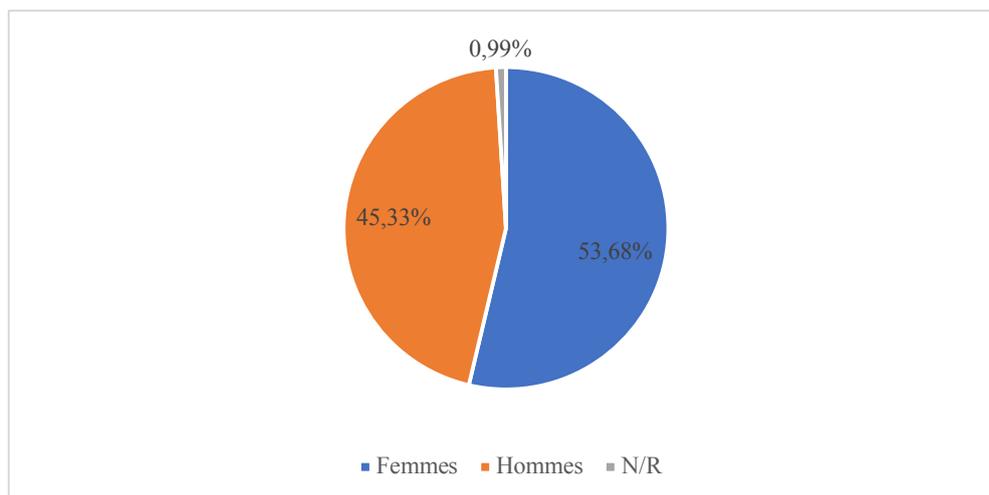
Au total, 2517 médecins ont donc répondu au questionnaire de manière exploitable.

A. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS

L'âge moyen des répondants était de 48,6 ans, pour un âge médian de 48 ans (n=2509, écart-type 11,3).

Parmi les répondants, 53,68% se déclaraient du genre féminin (n=1351), 45,33% se déclaraient du genre masculin (n=1141), 0,99% n'ont pas répondu à la question (n=25).

Figure 3. Répartition du genre des répondants



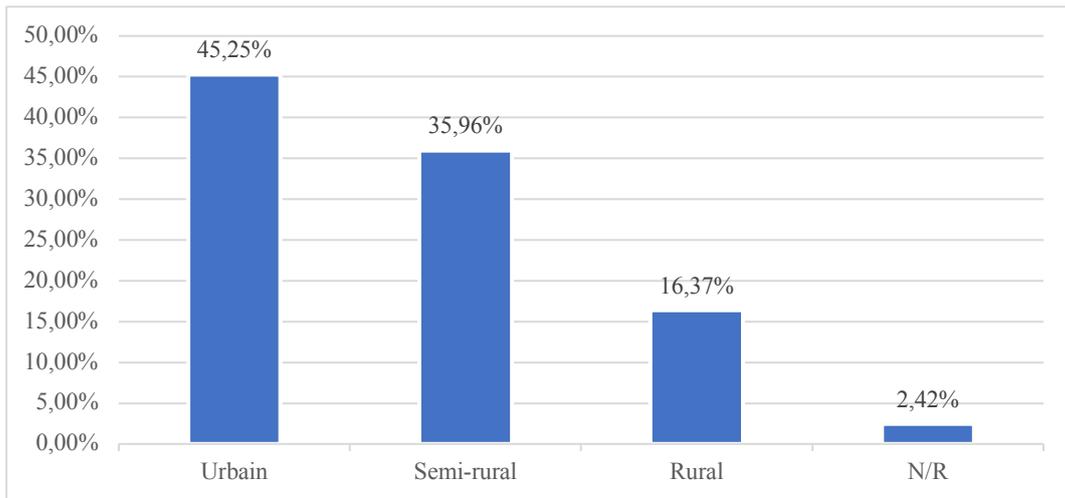
Toutes les régions de France ont été représentées, à l'exception de 7 collectivités des DROM-COM, selon la répartition suivante :

Tableau 4. Répartition géographique des répondants

Région	Nombre de répondants
Auvergne Rhône Alpes	12,36 % (n=311)
Bourgogne Franche Comté	4,05 % (n=102)
Bretagne	6,60 % (n=166)
Centre Val de Loire	2,74 % (n=69)
Corse	0,91 % (n=23)
Grand Est	11,84% (n=298)
Hauts de France	6,67 % (n=168)
Ile de France	9,46 % (n=238)
Normandie	7,75% (n=195)
Nouvelle Aquitaine	8,42 % (n=212)
Occitanie	11,72 % (n=295)
Pays de la Loire	6,08 % (n=153)
Provence Alpes Côte d'Azur	6,20 % (n=156)
Guadeloupe	0,36 % (n=9)
Martinique	0,68 % (n=17)
Guyane	0,16 % (n=4)
La Réunion	1,35 % (n=34)
Mayotte, Nouvelle-Calédonie, Polynésie Française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Wallis-et-Futuna	0,00 % (n=0)

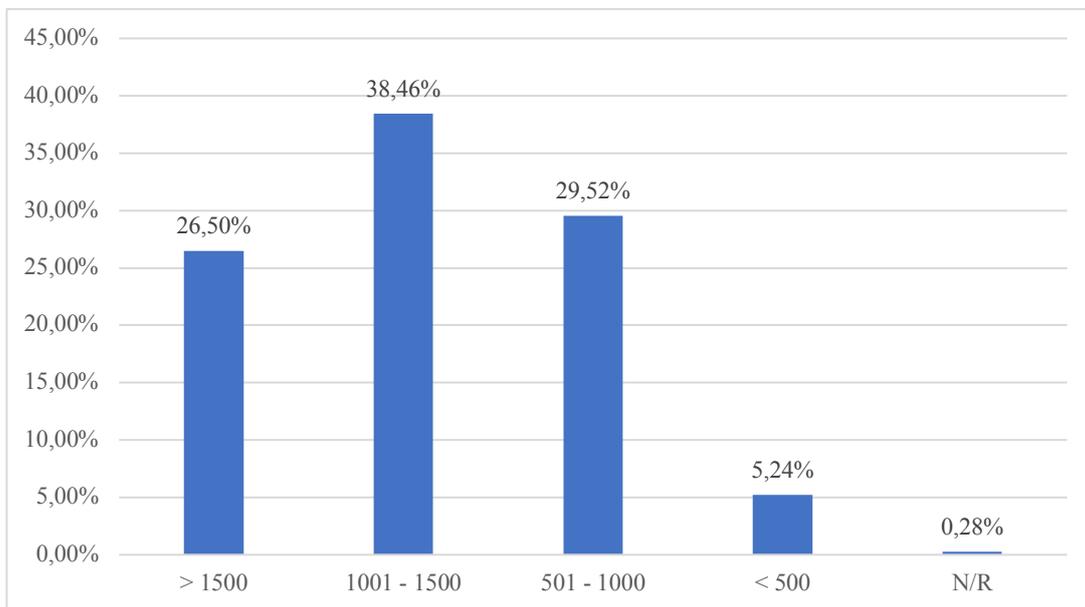
Les répondants déclaraient exercer à 45,25 % (n=1139) en milieu urbain, à 35,96 % (n= 905) en milieu semi-rural et à 16,37 % (n=412) en milieu rural. 2,42 % (n=61) n'ont pas répondu.

Figure 4. Milieu d'exercice des répondants



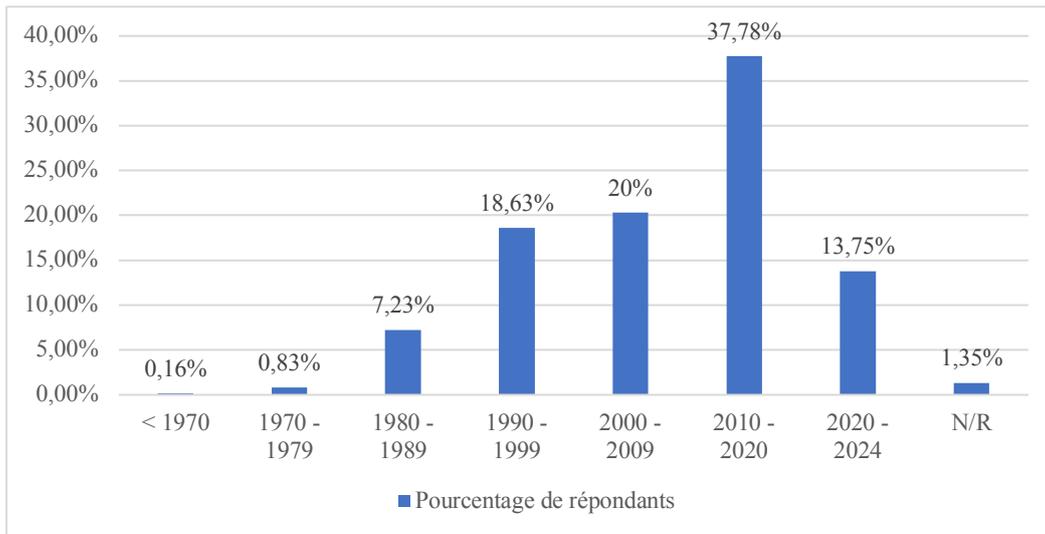
Parmi les répondants, 26,50 % (n=667) déclaraient une patientèle médecin traitant supérieure à 1500 patients, 38,46 % (n=968) déclaraient une patientèle entre 1001 et 1500 patients, 29,52 % (n=743) déclaraient une patientèle entre 501 et 1000 patients, 5,24 % (n=132) déclaraient une patientèle inférieure à 500 patients. 0,28 % (n=7) n'ont pas répondu.

Figure 5. Taille de la patientèle médecin traitant des répondants



Il a ensuite été demandé aux répondants d'indiquer leur année d'installation en cabinet libéral. Les réponses sont représentées dans la figure 6. En moyenne, les répondants se sont installés en 2005.

Figure 6. Répartition des répondants selon leur année d'installation.

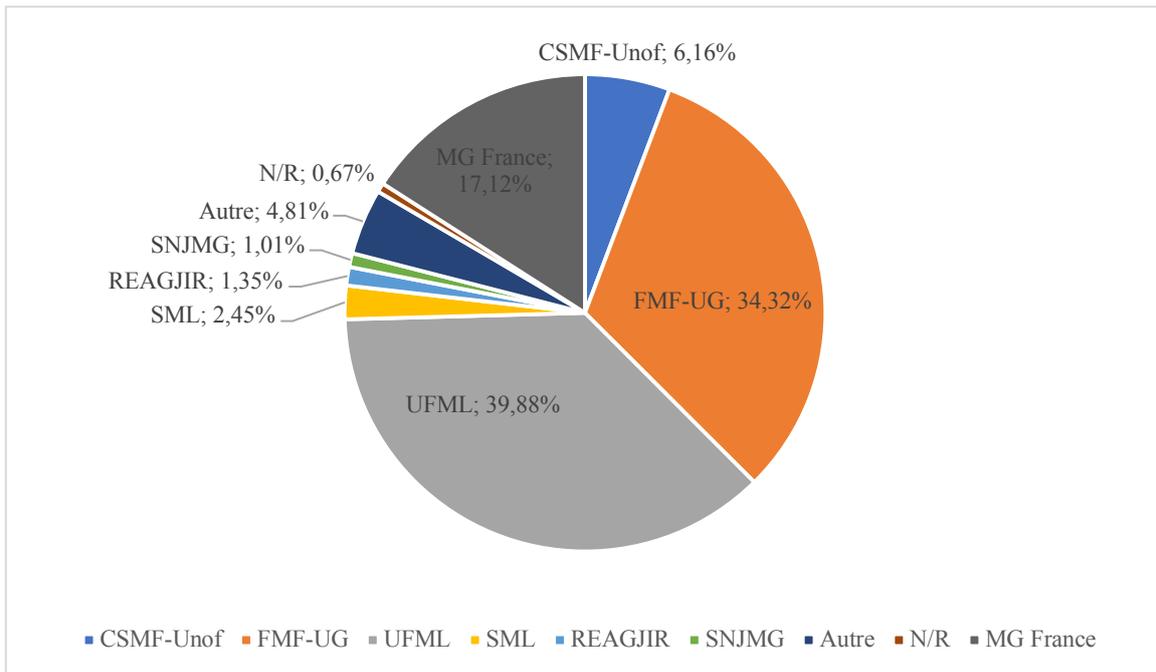


Les répondants syndiqués représentaient 47,12% (n=1186) de la population étudiée, dont la plupart a précisé à quel syndicat ils étaient adhérents :

- Union Française pour une Médecine Libre (UFML) 39,88 % (n=473)
- Fédération des Médecins de France - Union Généraliste (FMF-UG) 34,32 % (n=407)
- Médecins Généralistes France (MG France) 17,12 % (n=203)
- Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) 6,16 % (n=73)
- Syndicat des Médecins Libéraux (SML) 2,45 % (n=29)
- Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR) 1,35 % (n=16)
- Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) 1,01 % (n=12)
- Autre 4,81 % (n=57)
- N/R 0,67 % (n=8).

Cette répartition est représentée dans la figure 7.

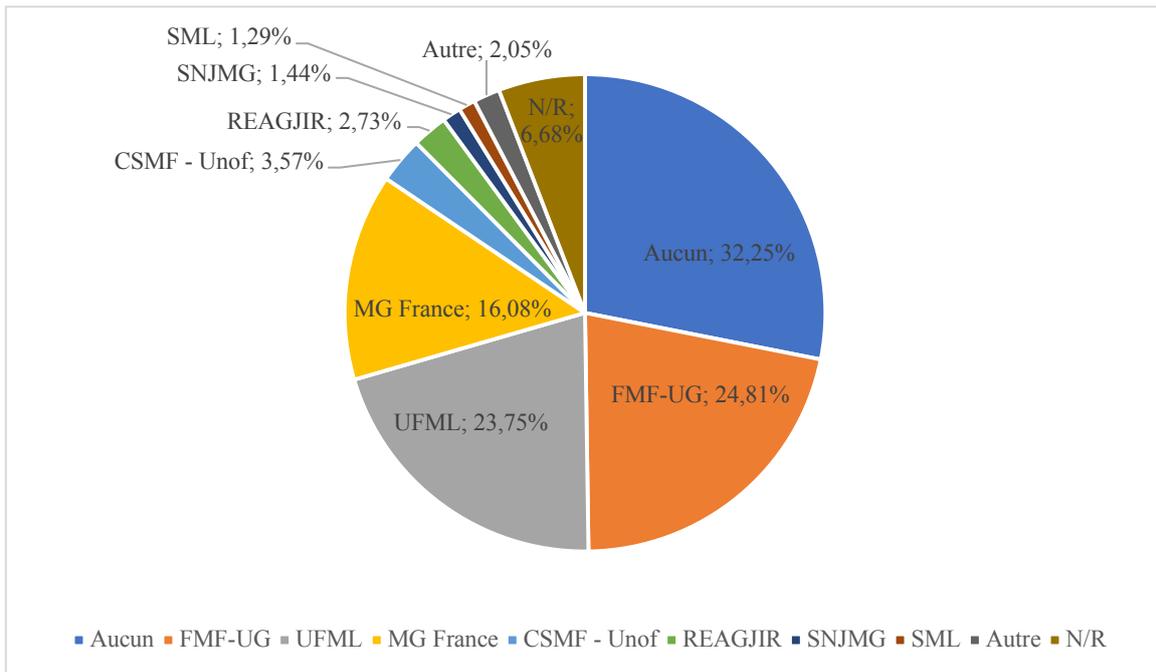
Figure 7. Répartition syndicale des répondants.



52,36% (n=1318) déclaraient ne pas être syndiqués, mais il leur a été demandé de quel(s) syndicat(s) ils se sentaient le plus proche :

- Aucun 32,25 % (n=425)
- FMF-UG 24,81 % (n=327)
- UFML 23,75 % (n=313)
- MG France 16,08 % (n=212)
- CSMF-Unof 3,57 % (n=47)
- REAGJIR 2,73 % (n=36)
- SNJMG 1,44 % (n=19)
- SML 1,29 % (n=17)
- Autre 2,05 % (n=27)
- N/R 6,68 % (n=88).

Figure 8. Préférences syndicales des répondants non syndiqués



0,52% (n=13) des répondants n'ont pas mentionné s'ils étaient adhérents ou non à un syndicat médical.

B. PERCEPTION DES RÉSULTATS PERSONNELS DE LA ROSP

1. Indicateurs dont les données sont calculées automatiquement par l'Assurance Maladie

Pour chaque indicateur, il était demandé aux répondants cocher l'appréciation qui leur semblait la plus adéquate, l'objectif étant de savoir s'ils estiment leur performance selon la ROSP représentative de leur travail.

a) *ROSP du médecin traitant de l'adulte*

Indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques

Tableau 5. Réponses pour les indicateurs « diabète ».

Indicateurs <u>diabète</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	34,09% (n=858)	17,16% (n=432)	23,16% (n=583)	15,93% (n=401)	6,12% (n=154)	3,54% (n=89)	0,00% (n=0)
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	35,20% (n=886)	15,73% (n=396)	24,31% (n=612)	14,78% (n=372)	5,28% (n=133)	4,65% (n=117)	0,04% (n=1)
Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro-albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	33,65% (n=847)	16,92% (n=426)	23,16% (n=583)	16,33% (n=411)	6,32% (n=159)	3,58% (n=90)	0,04% (n=1)

Tableau 6. Réponses pour l'indicateur « hypertension artérielle ».

Indicateur <u>hypertension artérielle</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro-albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	34,17% (n=860)	16,92% (n=426)	23,80% (n=599)	15,10% (n=380)	6,24% (n=157)	3,77% (n=95)	0,00% (n=0)

Tableau 7. Réponses pour les indicateurs « risque cardiovasculaire ».

Indicateurs <u>risque cardio-vasculaire</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	36,59% (n=921)	14,82% (n=373)	24,08% (n=606)	13,27% (n=334)	6,00% (n=151)	5,13% (n=129)	0,12% (n=3)
Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrance d'AVK	35,56% (n=895)	16,53% (n=416)	20,46% (n=515)	15,77% (n=397)	7,15% (n=180)	4,45% (n=112)	0,08% (n=2)

Indicateurs relatifs à la prévention

Tableau 8. Réponses pour les indicateurs « grippe ».

Indicateurs <u>grippe</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	38,22% (n=962)	12,04% (n=303)	21,97% (n=553)	13,67% (n=344)	6,12% (n=154)	7,91% (n=199)	0,08% (n=2)
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	38,74% (n=975)	11,20% (n=282)	22,53% (n=567)	12,87% (n=323)	5,80% (n=146)	8,66% (n=218)	0,20% (n=5)

Tableau 9. Réponses pour les indicateurs « dépistage des cancers ».

Indicateurs <u>dépistage des cancers</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage	34,88% (n=878)	13,07% (n=329)	22,21% (n=559)	16,21% (n=408)	8,54% (n=215)	5,05% (n=127)	0,04% (n=1)

(organisé ou individuel) du cancer du sein							
Part des patientes MT de 25 à 30 ans ayant bénéficié d'une cytologie au cours des 3 dernières années et des patientes de 30 à 65 ans ayant bénéficié d'un test HPV au cours des 5 dernières années	35,40% (n=891)	11,68% (n=294)	21,02% (n=529)	16,21% (n=408)	8,82% (n=222)	6,87% (n=173)	0,00% (n=0)
Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des 2 dernières années	34,92% (n=879)	12,87% (n=324)	22,01% (n=554)	17,00% (n=428)	8,38% (n=211)	4,77% (n=120)	0,04% (n=1)

Tableau 10. Réponses pour les indicateurs « iatrogénie ».

Indicateurs <u>iatrogénie</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	37,94% (n=955)	14,38% (n=362)	22,41% (n=564)	12,16% (n=306)	6,52% (n=164)	6,52% (n=164)	0,08% (n=2)
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	37,23% (n=937)	13,67% (n=344)	22,88% (n=576)	13,39% (n=337)	6,87% (n=173)	5,96% (n=150)	0,00% (n=0)
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	36,95% (n=930)	13,87% (n=349)	23,04% (n=580)	12,95% (n=326)	6,91% (n=174)	5,92% (n=149)	0,36% (n=9)

Tableau 11. Réponses pour les indicateurs « antibiothérapie ».

Indicateurs <u>antibiothérapie</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	36,51% (n=919)	16,69% (n=420)	20,46% (n=515)	13,83% (n=348)	6,99% (n=176)	5,44% (n=137)	0,08% (n=2)
Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide	35,08% (n=883)	15,73% (n=396)	20,34% (n=512)	15,10% (n=380)	8,54% (n=215)	5,13% (n=129)	0,08% (n=2)

clavulanique ; céphalosporine de 3e et 4e générations ; fluoroquinolones)							
---	--	--	--	--	--	--	--

Indicateurs relatifs à l'efficience

Tableau 12. Réponses pour les indicateurs « prescription dans le répertoire ».

Indicateurs <u>prescription dans le répertoire</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	37,19% (n=936)	16,41% (n=413)	19,31% (n=486)	14,78% (n=372)	7,23% (n=182)	5,09% (n=128)	0,00% (n=0)
Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	37,39% (n=941)	17,00% (n=428)	19,39% (n=488)	14,46% (n=364)	6,79% (n=171)	4,81% (n=121)	0,16% (n=4)
Indice global de prescription dans le reste du répertoire	37,94% (n=955)	13,55% (n=341)	21,14% (n=532)	14,38% (n=362)	6,63% (n=167)	6,32% (n=159)	0,04% (n=1)

Tableau 13. Réponses pour l'indicateur « biosimilaires ».

Indicateur <u>biosimilaires</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	39,97% (n=1006)	14,50% (n=365)	19,47% (n=490)	11,48% (n=289)	5,88% (n=148)	8,50% (n=214)	0,20% (n=5)

Tableau 14. Réponses pour les indicateurs « efficience des prescriptions ».

Indicateurs <u>efficience des prescriptions</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT à	39,13% (n=985)	11,84% (n=298)	20,78% (n=523)	12,51% (n=314)	7,71% (n=194)	7,99% (n=201)	0,04% (n=1)

ses patients MT (indicateur décroissant)							
Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	38,58% (n=971)	13,98% (n=352)	21,33% (n=537)	12,40% (n=312)	6,95% (n=175)	6,71% (n=169)	0,04% (n=1)
Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	38,54% (n=970)	16,05% (n=404)	21,22% (n=534)	12,04% (n=303)	5,88% (n=148)	6,16% (n=155)	0,12% (n=3)
Part des patients MT diabétiques traités par metformine	36,83% (n=927)	17,96% (n=452)	20,94% (n=527)	13,11% (n=330)	6,60% (n=166)	4,45% (n=112)	0,12% (n=3)
Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	36,99% (n=931)	18,59% (n=468)	19,07% (n=480)	13,87% (n=349)	6,48% (n=163)	4,85% (n=122)	0,16% (n=4)

b) *ROSP du médecin traitant de l'enfant*

Indicateurs relatifs au suivi des pathologies chroniques

Tableau 15. Réponses pour les indicateurs « asthme ».

Indicateurs <u>asthme</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes	39,85% (n=1003)	12,99% (n=327)	21,14% (n=532)	11,96% (n=301)	5,72% (n=144)	8,18% (n=206)	0,16% (n=4)
Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle	40,37% (n=1016)	12,20% (n=307)	20,62% (n=519)	11,36% (n=286)	6,67% (n=168)	8,58% (n=216)	0,20% (n=5)

Indicateurs relatifs à la prévention

Tableau 16. Réponses pour les indicateurs « vaccination ».

Indicateurs <u>vaccination</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	36,03% (n=908)	18,59% (n=468)	19,19% (n=483)	13,55% (n=341)	7,47% (n=188)	4,97% (n=125)	0,20% (n=5)
Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti-méningocoque C	36,71% (n=924)	20,38% (n=513)	19,03% (n=479)	12,83% (n=323)	5,96% (n=150)	5,01% (n=126)	0,08% (n=2)

Tableau 17. Réponses pour les indicateurs « antibiorésistance ».

Indicateurs <u>antibiorésistance</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques	36,79% (n=926)	16,49% (n=415)	19,39% (n=488)	13,47% (n=339)	8,07% (n=203)	5,72% (n=144)	0,08% (n=2)
Part des patients MT de 4 ans et plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques	36,83% (n=927)	16,33% (n=411)	19,39% (n=488)	13,39% (n=337)	7,99% (n=201)	5,88% (n=148)	0,20% (n=5)

Tableau 18. Réponses pour l'indicateur « suivi buccodentaire ».

Indicateur <u>suivi buccodentaire</u>	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'aimerais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme M'T Dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire (EBD)	41,95% (n=1056)	10,21% (n=257)	18,87% (n=475)	10,83% (n=273)	6,83% (n=172)	10,97% (n=276)	0,24% (n=6)

2. Indicateurs déclaratifs à renseigner par les médecins

Pour chaque indicateur, il était demandé aux répondants quelle était leur méthode de remplissage des indicateurs déclaratifs.

a) *ROSP du médecin traitant de l'adulte*

Tableau 19. Réponses pour les indicateurs déclaratifs de la ROSP adulte

Indicateurs déclaratifs	« Je remplis au plus vraisemblable »	« Je remplis au plus favorable »	« Je remplis au hasard »	« Je remplis en utilisant précisément les données de mon logiciel »	« Je remplis en faisant quelques recherches sur mon logiciel »	« Je ne remplis pas cet indicateur »	N/R
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	37,15% (n=935)	23,36% (n=588)	8,22% (n=207)	6,99% (n=176)	19,11% (n=481)	4,97% (n=125)	0,20% (n=5)
Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	36,95% (n=930)	24,12% (n=607)	8,62% (n=217)	6,87% (n=173)	17,68% (n=445)	5,52% (n=139)	0,24% (n=6)
Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	37,66% (n=948)	24,71% (n=622)	9,50% (n=239)	6,60% (n=166)	16,17% (n=407)	5,13% (n=129)	0,24% (n=6)
Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	37,70% (n=949)	24,59% (n=619)	9,61% (n=242)	6,44% (n=162)	16,25% (n=409)	5,13% (n=129)	0,28% (n=7)

b) *ROSP du médecin traitant de l'enfant*

Tableau 20. Réponses pour les indicateurs déclaratifs de la ROSP enfant.

Indicateurs déclaratifs	« Je remplis au plus vraisemblable »	« Je remplis au plus favorable »	« Je remplis au hasard »	« Je remplis en utilisant précisément les données de mon logiciel »	« Je remplis en faisant quelques recherches sur mon logiciel »	« Je ne remplis pas cet indicateur »	N/R
-------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------	---	--	--------------------------------------	-----

Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an	37,50% (n=944)	22,77% (n=573)	7,63% (n=192)	9,57% (n=241)	17,16% (n=432)	5,13% (n=129)	0,24% (n=6)
Part des patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs	36,67% (n=923)	23,00% (n=579)	8,50% (n=214)	7,67% (n=193)	16,45% (n=414)	7,43% (n=187)	0,28% (n=7)
Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)	36,27% (n=913)	23,16% (n=583)	8,58% (n=216)	7,15% (n=180)	15,97% (n=402)	8,54% (n=215)	0,32% (n=8)

C. PERCEPTION DES RÉSULTATS PERSONNELS DE FORFAIT STRUCTURE

1. Indicateurs dont les données sont calculées automatiquement par l'Assurance Maladie

Indicateurs du volet 1 : équipement du cabinet

Tableau 21. Réponses pour les indicateurs automatiques du volet 1.

Indicateurs	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'ai merais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale	34,45% (n=867)	38,90% (n=979)	9,85% (n=248)	6,00% (n=151)	3,85% (n=97)	6,32% (n=159)	0,64% (n=16)
Taux de télétransmission > 2/3	32,90% (n=828)	38,54% (n=970)	12,87% (n=323)	7,51% (n=189)	4,97% (n=125)	2,94% (n=74)	0,28% (n=7)

Indicateurs du volet 2 : service aux patients

Tableau 22. Réponses pour les indicateurs automatiques du volet 2.

Indicateurs	« Je ne vérifie pas »	« Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique »	« J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique »	« Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique »	« J'ai merais contester cet item »	« Je ne sais pas »	N/R
Taux d'usage DMP	37,07% (n=933)	27,81% (n=700)	14,22% (n=358)	8,30% (n=209)	5,68% (n=143)	6,56% (n=165)	0,36% (n=9)
Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients	37,74% (n=950)	27,02% (n=680)	13,11% (n=330)	8,10% (n=204)	6,52% (n=164)	7,31% (n=184)	0,20% (n=5)
Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	32,66% (n=822)	22,96% (n=578)	17,16% (n=432)	13,15% (n=331)	10,49% (n=264)	3,34% (n=84)	0,24% (n=6)
Taux de CM AT/MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	33,41% (n=841)	25,55% (n=643)	17,08% (n=430)	12,04% (n=303)	8,03% (n=202)	3,73% (n=94)	0,16% (n=4)
Taux de PSE (protocole de soins électronique)	33,97% (n=855)	32,66% (n=822)	14,46% (n=364)	9,30% (n=234)	5,72% (n=144)	3,73% (n=94)	0,16% (n=4)
Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	33,77% (n=850)	31,66% (n=797)	14,74% (n=371)	9,57% (n=241)	6,60% (n=166)	3,46% (n=87)	0,20% (n=5)
Taux de SPE (prescription électronique de transport)	36,55% (n=920)	29,36% (n=734)	14,14% (n=356)	8,42% (n=212)	6,04% (n=152)	5,20% (n=131)	0,28% (n=7)
Participation au SAS	36,63% (n=922)	27,21% (n=685)	10,77% (n=271)	7,39% (n=186)	7,07% (n=178)	10,41% (n=262)	0,52% (n=13)
Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	38,70% (n=974)	28,41% (n=715)	11,20% (n=282)	7,27% (n=183)	4,73% (n=119)	9,42% (n=237)	0,28% (n=7)
Usage de l'appli carte Vitale	38,30% (n=964)	26,46% (n=666)	10,33% (n=260)	6,56% (n=165)	5,44% (n=137)	12,59% (n=317)	0,32% (n=8)
Ordonnances numériques sur produits de santé	38,18% (n=961)	24,43% (n=615)	11,01% (n=277)	6,60% (n=166)	6,16% (n=155)	13,31% (n=335)	0,32% (n=8)

2. Indicateurs déclaratifs à renseigner par les médecins

Indicateurs du volet 1 : équipement du cabinet

Tableau 23. Réponses pour les indicateurs déclaratifs du volet 1.

Indicateurs déclaratifs	« Je remplis au plus vraisemblable »	« Je remplis au plus favorable »	« Je remplis au hasard »	« Je remplis en fonction des attestations dont je dispose »	« Je ne remplis pas cet indicateur »	N/R
Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS	33,13% (n=834)	11,48% (n=289)	2,15% (n=54)	48,79% (n=1228)	3,73% (n=94)	0,72% (n=18)

(intégration de la MSS dans le logiciel sécur)						
Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire santé d'ameli	38,22% (n=962)	12,95% (n=326)	1,95% (n=49)	42,59% (n=1072)	3,73% (n=94)	0,56% (n=14)

Indicateurs du volet 2 : service aux patients

Tableau 24. Réponses pour les indicateurs déclaratifs du volet 2.

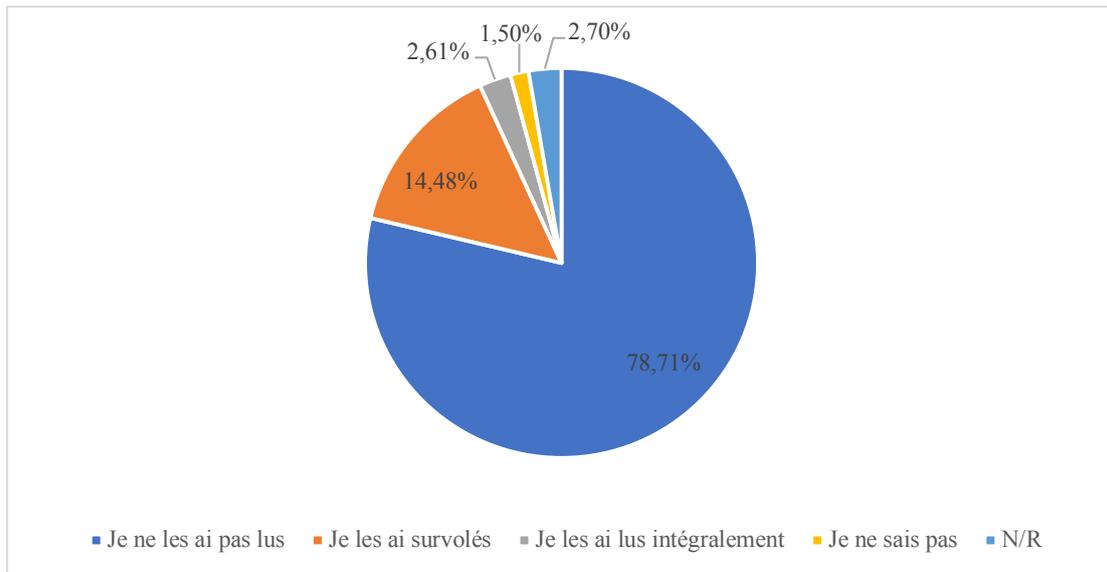
Indicateurs déclaratifs	« Je remplis au plus vraisemblable »	« Je remplis au plus favorable »	« Je remplis au hasard »	« Je remplis en fonction des attestations dont je dispose »	« Je ne remplis pas cet indicateur »	N/R
Implication dans une démarche d'exercice coordonné	35,04% (n=882)	12,83% (n=323)	1,95% (n=49)	40,92% (n=1030)	8,58% (n=216)	0,68% (n=17)
Capacité à coder	35,36% (n=890)	13,27% (n=334)	2,58% (n=65)	39,65% (n=998)	8,42% (n=212)	0,72% (n=18)
Amélioration du service offert aux patients	35,60% (n=896)	14,30% (n=360)	2,38% (n=60)	37,03% (n=932)	9,89% (n=249)	0,79% (n=20)
Valorisation de la fonction de maître de stage	32,06% (n=807)	10,81% (n=272)	1,87% (n=47)	38,54% (n=970)	16,01% (n=403)	0,72% (n=18)
Aide pour équipement vidéo-transmission	32,78% (n=825)	12,36% (n=311)	2,11% (n=53)	37,27% (n=938)	14,94% (n=376)	0,56% (n=14)
Aide pour équipements médicaux connectés	32,10% (n=808)	12,99% (n=327)	2,22% (n=56)	36,39% (n=916)	15,57% (n=392)	0,72% (n=18)

D. PERCEPTION GÉNÉRALE DE LA ROSP ET DU FORFAIT STRUCTURE

Le service *AmeliPro* pour les médecins met à disposition en ligne des guides méthodologiques et modes d'emploi ayant pour but d'aider les professionnels de santé à comprendre et à mieux remplir les indicateurs ROSP et forfait structure.

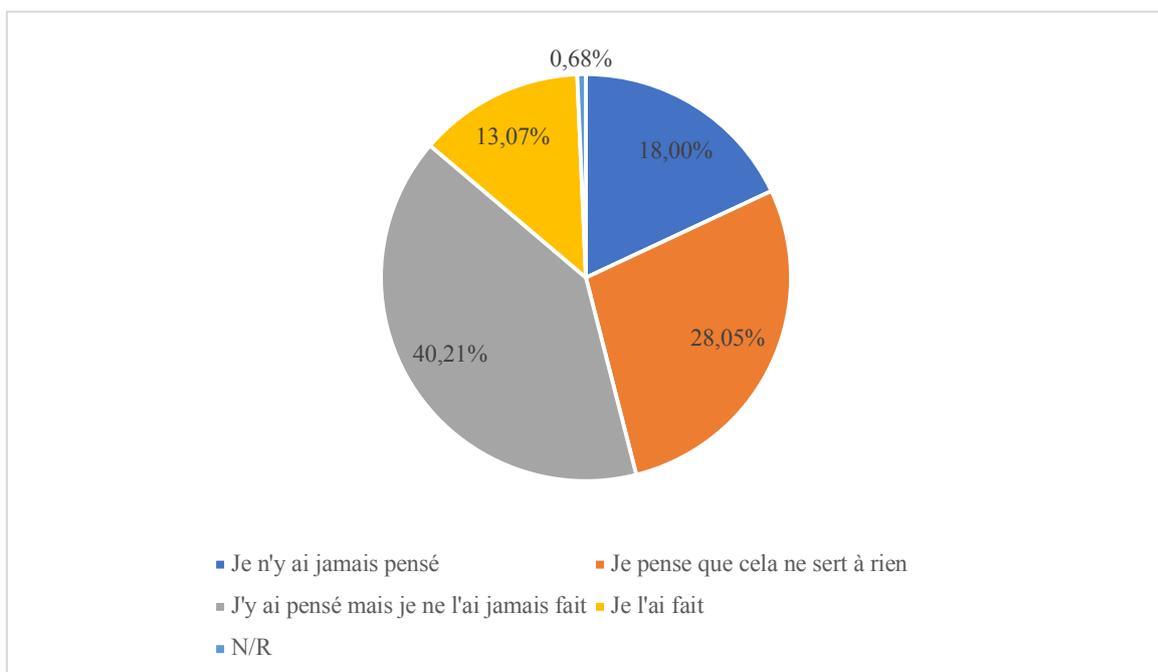
Il était demandé aux répondants d'indiquer leur statut de lecture de ces modes d'emploi.

Les résultats sont présentés dans la figure 9.

Figure 9. Lecture des modes d'emploi de l'Assurance Maladie disponibles sur *AmeliPro*.

Concernant la contestation de la ROSP, 18,00% (n=453) déclaraient n'y avoir jamais pensé, 28,05% (n=706) pensent que cela ne sert à rien, 40,21% (n=1012) déclaraient y avoir déjà pensé mais ne jamais l'avoir fait, 13,07% (n=329) déclaraient l'avoir fait. 0,68% (n=17) n'ont pas répondu à la question.

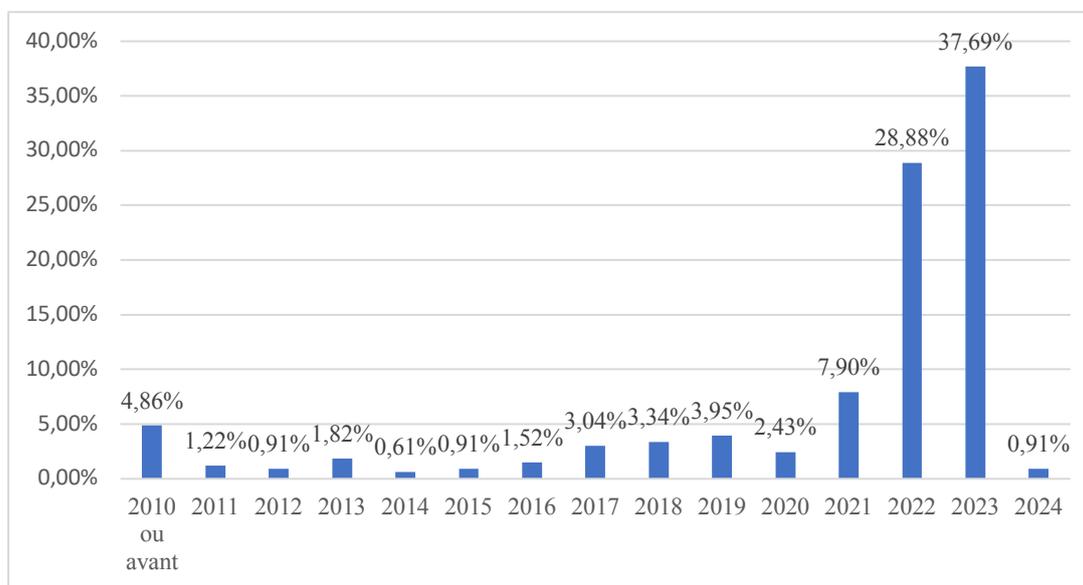
Figure 10. Avis des répondants sur la contestation de la ROSP



Il a été ensuite demandé aux médecins ayant affirmé avoir déjà contesté leurs chiffres de ROSP d'indiquer en quelle année ils avaient mis en œuvre cette contestation.

Les réponses sont présentées dans la figure 11.

Figure 11. Année de contestation de la ROSP



À la suite de cette question, il a été permis aux répondants contestataires de leur ROSP d'ajouter une remarque libre. Sur les 329 répondants, 298 ont apporté un commentaire.

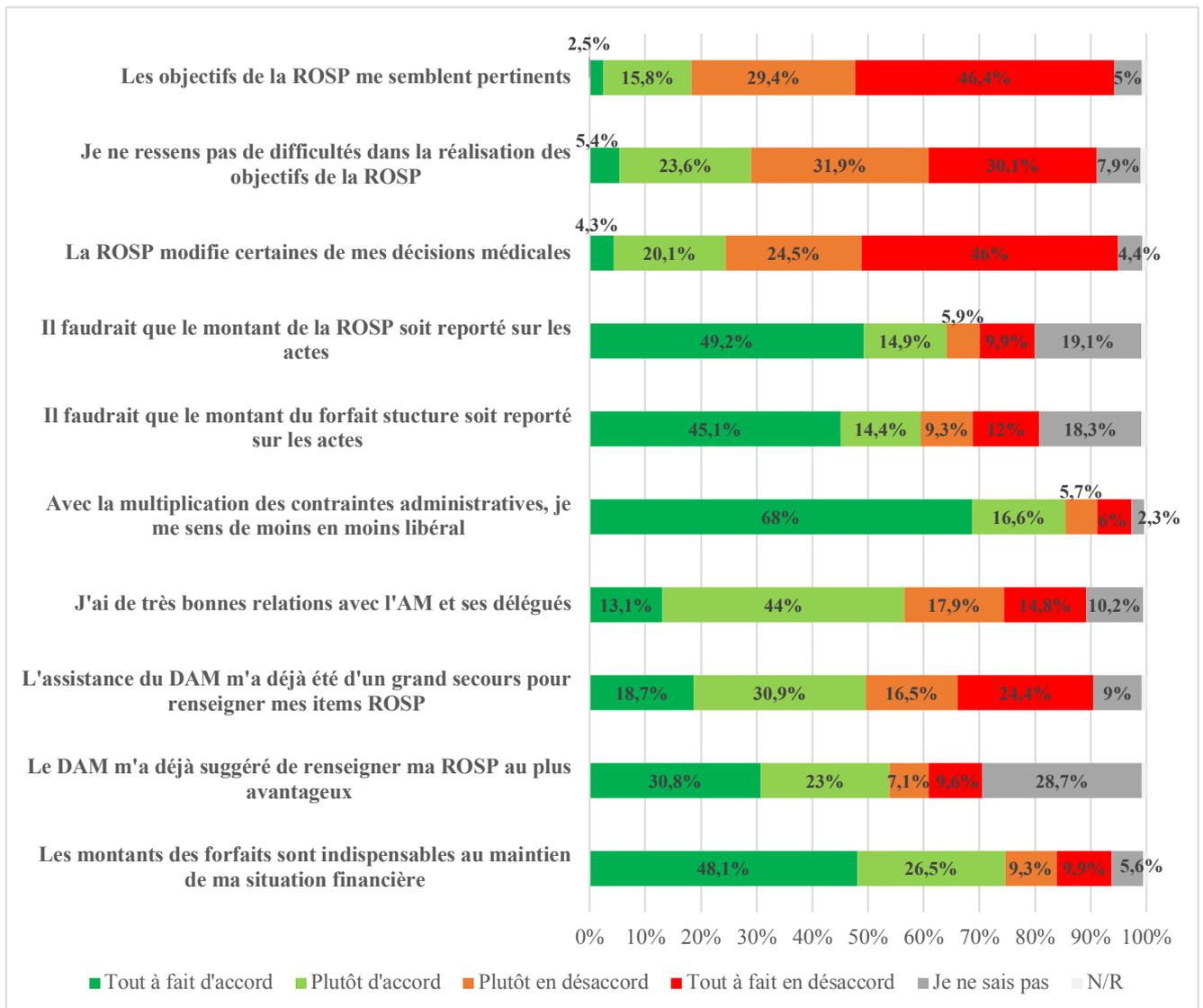
Les réponses ont été les suivantes :

- Absence de réponse de la CNAM (59 répondants)
- Refus de la demande de contestation (40 répondants)
- Procédure chronophage (39 répondants)
- Erreur commise par la CNAM dans ses calculs (35 répondants)
- Procédure inutile (31 répondants)
- La procédure a abouti (27 répondants)
- Données ROSP déclarées invérifiables par la CNAM (21 répondants)
- Réponse aberrante de la CNAM (16 répondants)
- Délai de remboursement très long (14 répondants)
- Absence d'explications (12 répondants)
- Procédure difficile (7 répondants)
- Prise en compte partielle de la demande (3 répondants).

La suite du questionnaire proposait plusieurs affirmations concernant la ROSP et le forfait structure actuels. Il était demandé aux participants de noter leur degré d'accord avec chacune de celles-ci.

Les réponses à chacune de ces propositions et leur intitulé sont présentés dans la figure 12.

Figure 12. Degré d'accord avec les affirmations proposées.



Il a ensuite été proposé plusieurs affirmations concernant cette fois l'avenir de la ROSP et du forfait structure, dans le cadre des négociations de la future convention.

Les propositions concernant la ROSP et leurs réponses sont présentées dans la figure 13 et celles concernant le forfait structure dans la figure 14.

Figure 13. Degré d'accord avec les affirmations proposées concernant la ROSP.

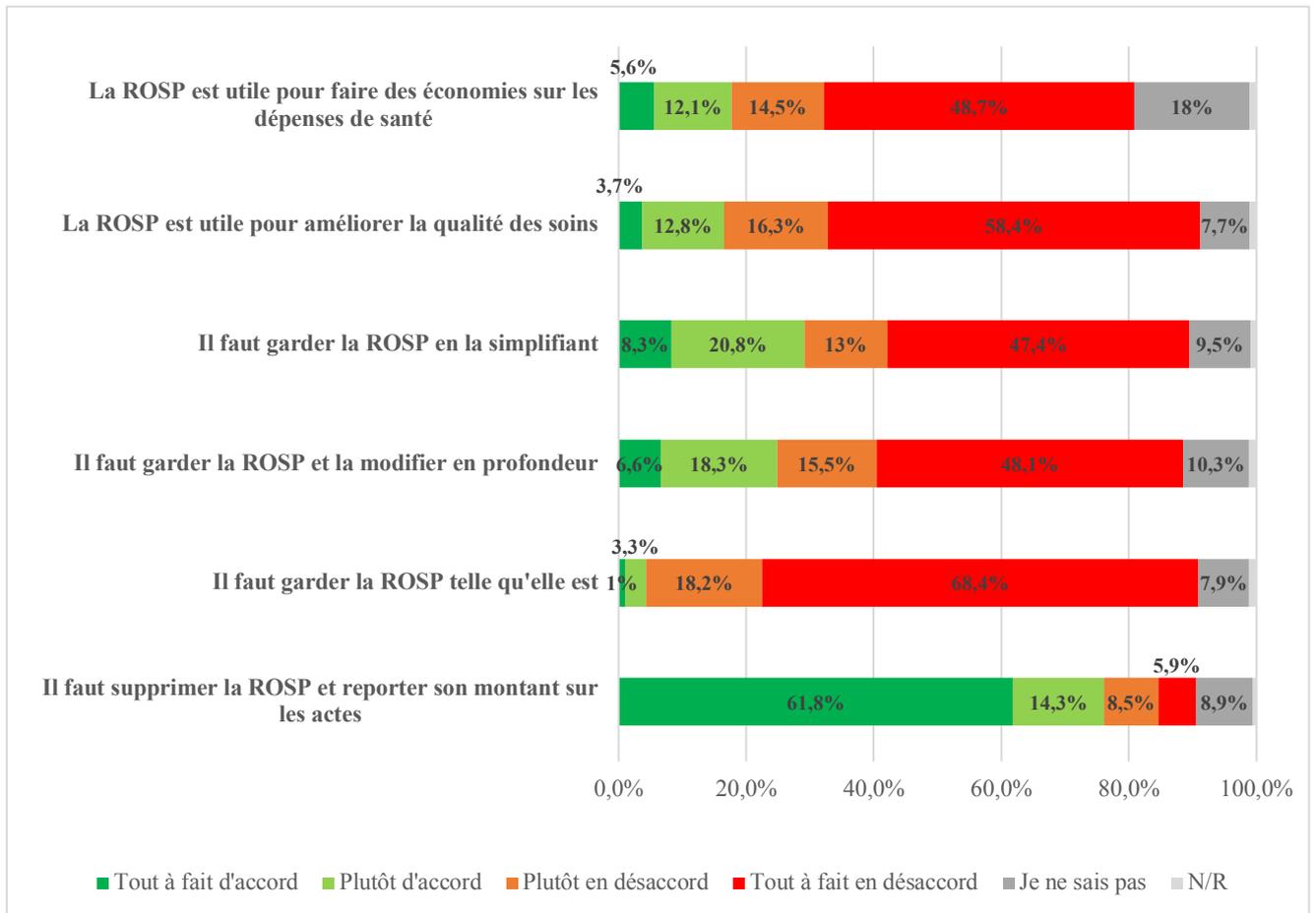
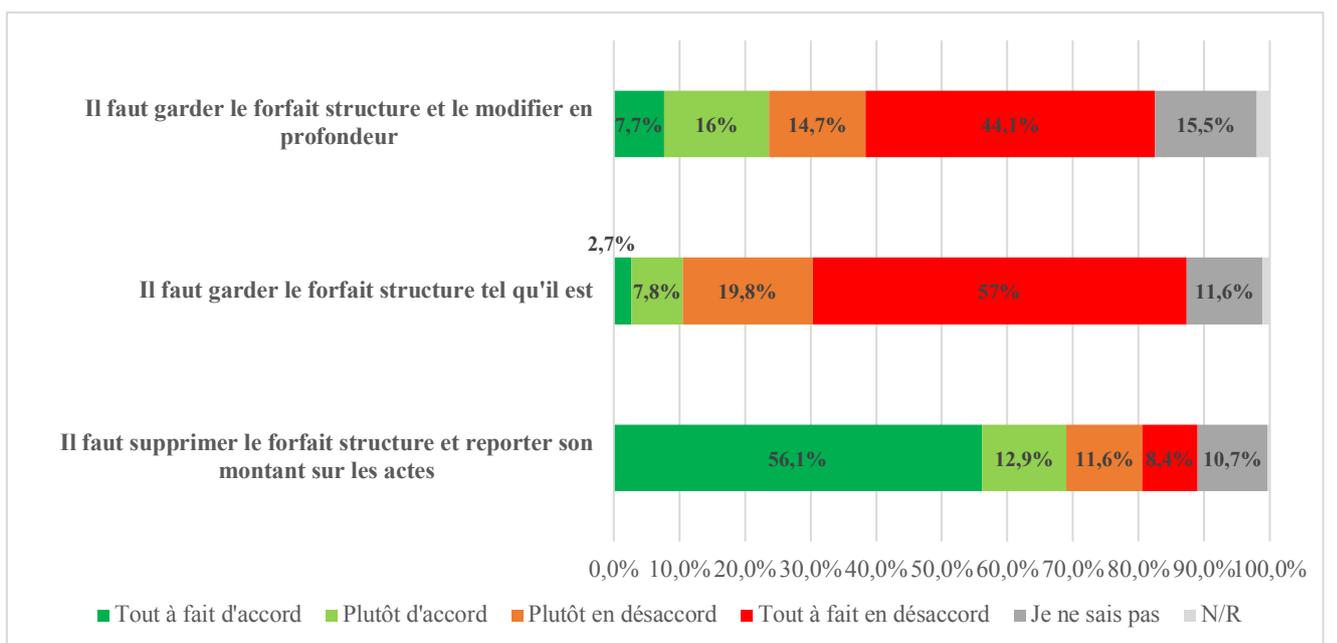


Figure 14. Degré d'accord avec les affirmations proposées concernant le forfait structure.



Enfin, 825 répondants se sont exprimés de manière libre à la fin du questionnaire. Les éléments recueillis ont été répartis en catégories.

- **Concernant le fonctionnement de la ROSP et du forfait structure :**

- 120 répondants estiment que le système de calcul des points est « opaque » et « invérifiable » ;
- 80 répondants précisent que trop d'indicateurs dépendent des prescriptions de confrères ou de la compliance des patients ;
- 72 répondants dénoncent des données émises par l'Assurance Maladie erronées ;
- 71 répondants déclarent que l'Assurance Maladie ne tient pas compte des difficultés liées au terrain (épidémies, démographie médicale, ruptures médicamenteuses, etc.) ;
- 63 répondants dénoncent des procédures de remplissage et de contestation trop chronophages ;
- 36 répondants estiment le système trop complexe ;
- 36 répondants pensent que les indicateurs ne sont pas pertinents ;
- 25 répondants précisent que les actes réalisés à l'hôpital sont considérés comme non réalisés par les patients et ne sont donc pas comptabilisés ;
- 20 répondants dénoncent de nouveaux objectifs de plus en plus difficiles à atteindre ;
- 14 répondants estiment que le mauvais fonctionnement d'*AmeliPro* ne leur permet pas d'atteindre les objectifs ;
- 6 répondants estiment que certains objectifs du FS sont inutiles et non pertinents.

- **Concernant les conséquences de la ROSP et du forfait structure :**

- 98 répondants expliquent que la ROSP et le FS détruisent l'aspect libéral de leur profession ;
- 68 répondants déclarent que les paiements au forfait leurs sont indispensables financièrement ;
- 46 répondants les qualifient de contrainte administrative ;
- 37 répondants s'estiment être des « salariés déguisés » de la CNAM ;
- 37 répondants pensent que les forfaits sont utilisés pour justifier le blocage du tarif des actes ;

- 33 répondants estiment qu'il s'agit d'une surveillance intrusive de leur travail ;
 - 32 répondants estiment que la ROSP et le FS profitent davantage à l'Assurance Maladie qu'aux patients et aux médecins ;
 - 29 répondants accusent la ROSP de diminuer leur temps médical ;
 - 28 répondants estiment que la ROSP n'a pas d'impact sur la santé publique ;
 - 25 répondants se sentent « humiliés » et « infantilisés » ;
 - 13 répondants pensent que le forfait structure finance des entreprises privées et en particulier les éditeurs de logiciels médicaux ;
 - 11 répondants estiment que la forfaitisation de la rémunération est un frein à l'installation des jeunes médecins ;
 - 7 répondants pensent qu'il leur faut augmenter le nombre d'actes réalisés pour maintenir leur situation financière ;
 - 7 répondants estiment que la ROSP leur met une « pression » professionnelle ;
 - 4 répondants pensent que la ROSP ne valorise pas le temps médical de prévention auprès des patients.
- **Concernant les souhaits des médecins pour une éventuelle évolution du mode de rémunération :**
 - 100 répondants souhaiteraient une revalorisation des actes ;
 - 92 répondants souhaiteraient la suppression de la ROSP ;
 - 34 répondants souhaiteraient une revalorisation du FPMT ;
 - 9 répondants souhaiteraient une amélioration de la ROSP et du FS ;
 - 8 répondants reprochent aux syndicats d'avoir accepté le CAPI puis la ROSP ;
 - 6 répondants pensent que les forfaits ne devraient constituer qu'un bonus financier ;
 - 5 répondants souhaiteraient une valorisation de la Formation Médicale Continue (FMC) ;
 - 4 répondants souhaiteraient une diminution de la part forfaitaire ;
 - 4 répondants souhaiteraient la suppression des indicateurs déclaratifs ;
 - 3 répondants pensent qu'il ne faut pas augmenter la part forfaitaire.
 - **Avis général sur la ROSP et le forfait structure :**
 - 91 répondants pensent que la ROSP et le FS sont inutiles ;
 - 33 répondants trouvent la ROSP injuste ;

- 28 répondants qualifient la ROSP comme une « arnaque » ;
- 24 répondants pensent que le forfait structure présente un intérêt ;
- 12 répondants trouvent la ROSP utile.

- **Remarques et avis personnels sur la médecine générale :**

- 31 répondants expriment le souhait de se déconventionner ;
- 14 répondants expriment le souhait de changer de profession ;
- 10 répondants souhaiteraient une simplification du codage des actes afin d'optimiser la rémunération ;
- 6 répondants pensent que la valeur de l'acte dévalorise les médecins généralistes ;
- 6 répondants font part d'un épuisement psychologique.

E. ANALYSES STATISTIQUES

1. Analyses comparatives de l'échantillon versus population

a) *Âge moyen de l'échantillon versus population*

Une analyse comparative de l'âge moyen de l'échantillon (n=2517, âge moyen 48,60 ans, médiane 48 ans, écart-type 11,3) avec l'âge moyen des médecins généralistes libéraux en exercice en France (n=57000, âge moyen 50,0 ans) (24) a été réalisée. Afin de vérifier la normalité de la distribution de notre échantillon, un test de Shapiro-Wilk a été réalisé et retrouvait un $p < 0,001$. Suite à ces résultats, un test non paramétrique par les rangs signés de Wilcoxon a été réalisé et retrouvait un $p < 0,001$. Il existe donc une différence statistiquement significative entre l'échantillon et la population. Le détail de ces analyses est disponible en annexe 5.

b) *Répartition hommes/femmes de l'échantillon versus population*

L'échantillon comportait 53,68% de femmes (n=2517) et la population des médecins généralistes libéraux en exercice en France en comporte 52,5% (n=57000) (24). D'après le test du Chi2 d'ajustement, il n'existe pas de différence significative entre l'échantillon et la population (p=0,087). Le détail de cette analyse est disponible en annexe 6.

c) Répartition médecins syndiqués de l'échantillon versus population

L'échantillon comportait 1186 médecins syndiqués (47,12% pour 2517 sujets) là où la population des médecins généralistes libéraux en exercice en France en comporte 9115 (15,99% pour 57000 sujets). (24) D'après le test du Chi2 d'ajustement, il existe une différence statistiquement significative entre notre échantillon et la population (p<0,001). Le détail de cette analyse est disponible en annexe 7.

Tableau 25. Analyses comparatives de l'échantillon versus population.

Variable testée	Échantillon	Population	Test utilisé	Significativité
Âge moyen	48,60 ans (n=2517)	50,00 ans (n=57000)	Test des rangs signés de Wilcoxon	p<0,001
Proportion de femmes	53,68% (n=1351)	52,5% (n=29925)	Test du Chi2	p=0,087
Proportion de médecins syndiqués	47,12% (n=1186)	15,99% (n=9115)	Test du Chi2	p<0,001

2. Analyses comparatives selon l'âge des répondants

L'échantillon a été divisé en 4 sous-groupes selon l'âge : moins de 40 ans (n=739), âge compris entre 40 ans et 49 ans (n=600), âge compris entre 50 et 59 ans (n=617) et 60 ans et plus (n=560).

a) Contestation des chiffres de ROSP

Une analyse comparative de la réponse « Je l'ai fait » à la question « Quel est votre point de vue concernant la contestation de la ROSP » a été réalisée. Il existait une différence significative entre les groupes ($p=0,008$), c'est-à-dire que l'âge a une influence sur la contestation des chiffres de ROSP. La table de contingence est disponible en annexe 8.

b) Adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique

Pour chaque indicateur ROSP dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 32 indicateurs analysés, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p<0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 9.

c) Adéquation des chiffres de forfait structure avec la pratique

Pour chaque indicateur FS dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 13 indicateurs, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p<0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 10.

d) Perception générale de la ROSP et du FS

Il avait été demandé aux répondants d'indiquer leur degré d'accord avec 19 propositions au sujet de la ROSP et du FS, à l'aide d'une échelle de Likert (« Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Je ne sais pas », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord »). La

distribution de chacune des réponses aux propositions dans chaque groupe a été analysée. Les résultats sont présentés dans le tableau 26. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 11.

Tableau 26. Analyse de la distribution des réponses dans chaque groupe.

Propositions	χ^2	N	Significativité
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	74,5	2487	p<0,001
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	66,0	2481	p<0,001
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	26,9	2490	p=0,008
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	61,2	2484	p<0,001
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	55,2	2484	p<0,001
Avec la multiplication des contraintes administratives, je me sens de moins en moins libéral	22,2	2496	p=0,036
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	98,6	2493	p<0,001
L'assistance du DAM m'a déjà été d'un grand secours pour renseigner mes items ROSP	113	2487	p<0,001
Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux	49,2	2487	p<0,001
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	73,6	2492	p<0,001
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	25,2	2493	p=0,014
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	61,4	2479	p<0,001
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	36,7	2476	p<0,001
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	31,7	2481	p=0,002
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	25,7	2481	p=0,012
La ROSP est utile pour faire des économies des dépenses de santé	28,2	2479	p=0,005
Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	37,5	2498	p<0,001
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	28,9	2479	p=0,004
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	33,4	2456	p<0,001

3. Analyses comparatives selon le milieu d'exercice des répondants

L'échantillon a été divisé en 3 sous-groupes selon le milieu d'exercice des répondants : rural (n=412), semi-rural (n=905) et urbain (n=1139).

a) Contestation des chiffres de ROSP

Une analyse comparative de la réponse « Je l'ai fait » à la question « Quel est votre point de vue concernant la contestation de la ROSP » a été réalisée. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes ($p=0,978$), c'est-à-dire que le milieu d'exercice n'a pas d'influence sur la contestation des chiffres de ROSP. La table de contingence est disponible en annexe 12.

b) Adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique

Pour chaque indicateur ROSP dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 32 indicateurs analysés, il n'existait pas de différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p>0,05$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question ne dépendait pas du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 13.

c) Adéquation des chiffres de forfait structure avec la pratique

Pour chaque indicateur FS dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 13 indicateurs, il n'existait pas de différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p>0,05$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question ne dépendait pas du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 14.

d) Perception générale de la ROSP et du FS

Il avait été demandé aux répondants d'indiquer leur degré d'accord avec 19 propositions au sujet de la ROSP et du FS, à l'aide d'une échelle de Likert (« Tout à fait d'accord », « Plutôt

d'accord », « Je ne sais pas », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord »). La distribution de chacune des réponses aux propositions dans chaque groupe a été analysée. Les résultats sont présentés dans le tableau 27. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 15.

Tableau 27. Analyse de la distribution des réponses dans chaque groupe.

Propositions	χ^2	N	Significativité
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	7,91	2436	p=0,442
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	17,4	2430	p=0,026
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	4,85	2438	p=0,773
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	18,1	2433	p=0,021
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	15,1	2432	p=0,057
Avec la multiplication des contraintes administratives, je me sens de moins en moins libéral	5,53	2444	p=0,700
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	17,2	2441	p=0,028
L'assistance du DAM m'a déjà été d'un grand secours pour renseigner mes items ROSP	15,6	2437	p=0,049
Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux	9,23	2436	p=0,323
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	12,2	2442	p=0,141
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	5,78	2442	p=0,672
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	4,40	2427	p=0,819
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	5,31	2425	p=0,724
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	9,76	2429	p=0,282
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	2,50	2429	p=0,962
La ROSP est utile pour faire des économies des dépenses de santé	2,86	2428	p=0,943
Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	16,4	2446	p=0,037
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	13,9	2428	p=0,083
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	13,0	2405	p=0,111

4. Analyses comparatives selon la taille de la patientèle des répondants

L'échantillon a été divisé en 4 sous-groupes selon la taille de leur patientèle médecin traitant : < 500 (n=132), entre 501 et 1000 (n=743), entre 1001 et 1500 (n=968) et > 1500 (n=667).

a) Contestation des chiffres de ROSP

Une analyse comparative de la réponse « Je l'ai fait » à la question « Quel est votre point de vue concernant la contestation de la ROSP » a été réalisée. Il n'existait pas de différence significative entre les groupes ($p=0,945$), c'est-à-dire que la taille de la patientèle n'a pas d'influence sur la contestation des chiffres de ROSP. La table de contingence est disponible en annexe 16.

b) Adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique

Pour chaque indicateur ROSP dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 32 indicateurs analysés, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p<0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 17.

c) Adéquation des chiffres de forfait structure avec la pratique

Pour chaque indicateur FS dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour 11 indicateurs sur 13, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p<0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Il n'existait en revanche pas de différence statistiquement significative de la distribution des réponses pour les indicateurs « Participation au SAS » et « Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne » (respectivement $p=0,117$ et $p=0,126$). Les tables de contingence sont disponibles en annexe 18.

d) Perception générale de la ROSP et du FS

Il avait été demandé aux répondants d'indiquer leur degré d'accord avec 19 propositions au sujet de la ROSP et du FS, à l'aide d'une échelle de Likert (« Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Je ne sais pas », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord »). La distribution de chacune des réponses aux propositions dans chaque groupe a été analysée. Les résultats sont présentés dans le tableau 28. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 19.

Tableau 28. Analyse de la distribution des réponses dans chaque groupe.

Propositions	χ^2	N	Significativité
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	32,4	2489	p=0,001
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	50,8	2483	p<0,001
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	42,7	2492	p<0,001
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	22,5	2486	p=0,032
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	15,9	2486	p=0,194
Avec la multiplication des contraintes administratives, je me sens de moins en moins libéral	11,2	2498	p=0,154
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	76,2	2495	p<0,001
L'assistance du DAM m'a déjà été d'un grand secours pour renseigner mes items ROSP	33,0	2489	p<0,001
Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux	27,6	2489	p=0,006
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	66,4	2494	p<0,001
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	35,7	2495	p<0,001
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	61,8	2481	p<0,001
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	16,8	2478	p=0,156
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	21,3	2483	p=0,046
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	25,2	2483	p=0,014
La ROSP est utile pour faire des économies des dépenses de santé	9,05	2481	p=0,699
Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	26,6	2500	p=0,009
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	21,7	2481	p=0,041
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	15,1	2458	p=0,238

5. Analyses comparatives selon l'appartenance syndicale des répondants

L'échantillon a été divisé en deux groupes : un groupe de médecins ayant déclaré être adhérents à un syndicat médical (groupe S, n=1186) et un groupe de médecins ayant déclaré ne pas être adhérents à un syndicat médical (groupe NS, n=1331).

a) *Contestation des chiffres de ROSP*

Une analyse comparative de la réponse « Je l'ai fait » à la question « Quel est votre point de vue concernant la contestation de la ROSP » a été réalisée. Il existait une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,001$), c'est-à-dire que le fait d'appartenir ou non à un syndicat médical a une influence sur la contestation des chiffres de ROSP. La table de contingence est disponible en annexe 20.

b) *Adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique*

Pour chaque indicateur ROSP dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 32 indicateurs analysés, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les deux groupes S et NS ($p < 0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 21.

c) *Adéquation des chiffres de FS avec la pratique*

Pour chaque indicateur FS dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 13 indicateurs, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les deux groupes S et

NS ($p < 0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 22.

d) *Perception générale de la ROSP et du FS*

Il avait été demandé aux répondants d'indiquer leur degré d'accord avec 19 propositions au sujet de la ROSP et du FS, à l'aide d'une échelle de Likert (« Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Je ne sais pas », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord »). La distribution de chacune des réponses aux propositions dans chaque groupe a été analysée. Les résultats sont présentés dans le tableau 26. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 23.

Tableau 26. Analyse de la distribution des réponses dans chaque groupe.

Propositions	χ^2	N	Significativité
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	40,9	2497	p<0,001
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	29,2	2491	p<0,001
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	10,5	2500	p=0,033
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	31,4	2494	p<0,001
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	34,7	2494	p<0,001
Avec la multiplication des contraintes administratives, je me sens de moins en moins libéral	26,3	2506	p<0,001
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	49,4	2503	p<0,001
L'assistance du DAM m'a déjà été d'un grand secours pour renseigner mes items ROSP	31,4	2497	p<0,001
Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux	10,9	2497	p=0,027
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	1,96	2502	p=0,743
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	34,1	2503	p<0,001
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	44,8	2489	p<0,001
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	55,1	2486	p<0,001
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	53,9	2491	p<0,001
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	28,1	2491	p<0,001
La ROSP est utile pour faire des économies des dépenses de santé	37,9	2489	p<0,001
Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	23,6	2508	p<0,001
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	26,3	2489	p<0,001
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	26,4	2466	p<0,001

6. Analyses comparatives par type de syndicat

L'échantillon a été divisé en sous-groupes définis par leur sensibilité syndicale : adhérents et sympathisants UFML (n=787), adhérents et sympathisants FMF (n=735), adhérents et sympathisants MG France (n=416) et adhérents et sympathisants CSMF (n=121).

a) *Contestation des chiffres de ROSP*

Une analyse comparative de la réponse « Je l'ai fait » à la question « Quel est votre point de vue concernant la contestation de la ROSP » a été réalisée. Il existait une différence significative entre les sous-groupes ($p < 0,001$), c'est-à-dire que la sensibilité syndicale a une influence sur la contestation des chiffres de ROSP. La table de contingence est disponible en annexe 24.

b) *Adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique*

Pour chaque indicateur ROSP dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 32 indicateurs analysés, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les sous-groupes ($p < 0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 25.

c) *Adéquation des chiffres de FS avec la pratique*

Pour chaque indicateur FS dont les résultats sont calculés automatiquement par l'AM, une analyse a comparé dans chaque groupe la répartition des réponses « Je ne vérifie pas », « Je

pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique », « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique », « J'aimerais contester cet item » et « Je ne sais pas ». Pour chacun des 13 indicateurs, il existait une différence statistiquement significative de distribution des réponses entre les groupes ($p < 0,001$) ; c'est-à-dire que la réponse à la question dépendait du groupe dans lequel les individus se situent. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 26.

d) Perception générale de la ROSP et du FS

Il avait été demandé aux répondants d'indiquer leur degré d'accord avec 19 propositions au sujet de la ROSP et du FS, à l'aide d'une échelle de Likert (« Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Je ne sais pas », « Plutôt en désaccord », « Tout à fait en désaccord »). La distribution de chacune des réponses aux propositions dans chaque groupe a été analysée. Les résultats sont présentés dans le tableau 27. Les tables de contingence sont disponibles en annexe 27.

Tableau 27. Analyse de la distribution des réponses dans chaque groupe.

Propositions	χ^2	N	Significativité
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	291	2043	p<0,001
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	147	2037	p<0,001
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	50,3	2041	p<0,001
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	270	2039	p<0,001
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	302	2040	p<0,001
Avec la multiplication des contraintes administratives, je me sens de moins en moins libéral	259	2050	p<0,001
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	120	2048	p<0,001
L'assistance du DAM m'a déjà été d'un grand secours pour renseigner mes items ROSP	89,1	2042	p<0,001
Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux	39,2	2045	p<0,001
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	25,5	2046	p<0,001
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	424	2048	p<0,001
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	298	2037	p<0,001
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	288	2033	p<0,001
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	324	2041	p<0,001
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	293	2042	p<0,001
La ROSP est utile pour faire des économies des dépenses de santé	160	2037	p<0,001

Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	369	2049	p<0,001
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	283	2036	p<0,001
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	255	2016	p<0,001

IV. DISCUSSION

A. Biais de l'étude

1. Choix de la méthode qualitative

L'objectif étant de recueillir les avis et opinions des médecins généralistes, le choix d'une méthode qualitative a semblé le plus adapté. D'ailleurs, la majorité des travaux de recherche publiés portant sur le paiement à la performance utilisent ce type de méthode. Toutefois, le caractère interprétatif et non quantifiable des réponses induit invariablement un biais d'interprétation de ces données difficilement reproductibles.

2. Échantillon

Biais de recrutement

Le recrutement des médecins a été réalisé via la diffusion d'un lien internet vers un questionnaire, lui-même diffusé en grande majorité par l'intermédiaire d'adresses mails et de réseaux de médecins plutôt actifs sur internet. Ce mode de recueil ne permet d'atteindre que les médecins faisant partie de ces réseaux et étant attentifs à ces voies de communication. La non représentativité de l'échantillon en termes d'âge peut s'expliquer par ce biais, l'échantillon étant globalement plus jeune que la population des médecins généralistes libéraux français.

Par ailleurs, certaines régions françaises ont été surreprésentées, probablement en raison de l'origine géographique et du lieu d'exercice des auteurs.

Biais de sélection

Le thème lui-même de l'étude a nécessairement entraîné un biais de sélection dans la mesure où les médecins ne s'intéressant pas au sujet étaient moins susceptibles de prendre le temps de répondre au questionnaire. Il est intéressant de constater que l'échantillon contenait 47,12% de médecins adhérents à un syndicat médical, là où la population des médecins généralistes libéraux en contient 15,99%. Cette surreprésentation des médecins syndiqués comparativement à la population s'explique par le mode de recueil des données, le lien vers le questionnaire ayant été largement diffusé parmi les membres des syndicats médicaux.

Il est ainsi légitime de penser que l'échantillon pourrait comporter plus de médecins hostiles à la ROSP que dans la population étudiée.

Biais d'information

Les données analysées étant de type déclaratif, un biais d'information reste possible malgré un recueil effectué de manière anonyme.

3. Analyse des données

Biais d'interprétation

L'analyse des données a été effectuée manuellement, mais l'usage d'un tableur et les vérifications multiples ont pu diminuer le risque d'erreur. L'analyse des données qualitatives recueillies par les questions ouvertes a elle aussi été réalisée manuellement, et l'interprétation et le classement par catégories relevant de l'auteur cette analyse peut comporter des biais d'interprétation.

Biais de confusion

Les analyses statistiques réalisées sur les sous-groupes peuvent comporter des biais de confusion dans la mesure où les variables telles que l'âge, le milieu d'exercice, la taille de la patientèle ou l'appartenance syndicale peuvent avoir une influence entre elles. Par ailleurs d'autres analyses sur la durée d'installation ou le mode d'exercice (seul, en groupe, etc.) par exemple n'ont pas été réalisées.

B. Synthèse et discussion des résultats

Les analyses comparatives de l'échantillon versus population ont montré que l'échantillon n'était pas représentatif en termes d'âge ($p < 0,001$) et en termes de proportions de médecins syndiqués ($p < 0,001$). Il l'était cependant en termes de proportions de médecins femmes ($p = 0,087$).

Les répondants déclaraient s'être en moyenne installés en 2005. La ROSP ayant été instaurée en 2011 et largement étoffée lors de la convention de 2016, les répondants avaient donc un bon recul sur la ROSP et son fonctionnement.

Il est intéressant de noter qu'en plus de la surreprésentation globale des médecins syndiqués dans l'échantillon, ceux-ci étaient majoritairement adhérents à l'UFML (39,88% des répondants syndiqués) et à la FMF (34,32% des répondants syndiqués), alors que MG France est le syndicat majoritaire chez les médecins généralistes en France. (25) Toutefois, ces résultats sont à mettre en perspective avec le fait que seulement 23,74% des médecins généralistes ont voté aux dernières élections URPS (25). Cette surreprésentation de l'UFML et de la FMF dans l'échantillon s'explique très probablement par le fait que ces deux syndicats sont connus pour exprimer des réserves vis-à-vis de la ROSP, remettant en question son fonctionnement. (26)(27) En 2016, *Dunet* retrouvait également une certaine réticence des médecins à l'égard de la ROSP, notamment en raison d'un accueil défavorable du dispositif et de mauvaises relations avec l'Assurance Maladie. (28)

Pour les trente-deux indicateurs ROSP dont les chiffres sont calculés automatiquement par l'Assurance Maladie, les répondants ont indiqué en moyenne « Je ne vérifie pas » à 36,83% et « Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique » à 15,10%. En regroupant les réponses « J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique », « Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique » et « J'aimerais contester cet item », les répondants ont en moyenne estimé que leurs chiffres de ROSP étaient incorrects à 42,11%. Il s'agit d'une proportion élevée et le marqueur d'un certain dysfonctionnement. Dans son travail de thèse en 2015, *Dunet* retrouvait que seul un quart des médecins jugeait ses résultats de ROSP représentatifs de la qualité de leur travail. (28). En 2020, *Dupré* retrouvait le même résultat. (12) Toutefois ces résultats sont à considérer avec prudence dans la mesure où il est difficile de vérifier objectivement l'adéquation ou non des statistiques ROSP calculées par l'Assurance Maladie. Cette opinion dominante pourrait aussi être influencée par une hostilité globale à la rémunération par forfaits. Néanmoins, des procédures de contestation menées par les médecins généralistes ont pu aboutir et l'Assurance Maladie avait pu reconnaître des erreurs de calcul avec des données difficilement vérifiables. Il s'agissait d'ailleurs d'un avis très présent parmi les répondants : beaucoup ont déclaré que le système de calcul des points est « opaque » et « invérifiable » et que son fonctionnement est trop complexe. Dans leur travail de thèse en 2016, *Picard et al.* pointaient déjà du doigt des incohérences dans les chiffres recueillis par l'Assurance Maladie. (29)

Les analyses statistiques montrent globalement que plus les médecins sont jeunes, moins ils estiment leurs chiffres de ROSP représentatifs de leur travail. Ces résultats contrastent avec

ceux de *Dupré*, pour qui plus les médecins étaient jeunes, plus ils jugeaient leur performance selon la ROSP représentative de leur travail. (12) Les médecins syndiqués semblaient eux aussi estimer leurs chiffres moins représentatifs de leur travail comparativement à leurs confrères non syndiqués, de même que les adhérents et sympathisants FMF et UFML comparativement aux adhérents et sympathisants MG France et CSMF. Enfin, il semblerait que les médecins ayant une patientèle médecin traitant de taille moyenne (501 à 1000 patients) estiment également leurs chiffres peu en adéquation avec leur pratique. Le milieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain) ne semble pas avoir d'influence.

Pour les indicateurs déclaratifs de la ROSP et du forfait structure, les répondants ont déclaré majoritairement remplir les données au plus vraisemblable et en fonction des attestations dont ils disposent, témoignant de leur souhait d'avoir des chiffres au plus près de leur pratique. Pour autant, certains répondants déclaraient souhaiter voir ces indicateurs déclaratifs disparaître. D'après *Dupré*, la méthode déclarative et son manque de fiabilité pourrait être perçue comme un frein à l'adhésion à la ROSP. (12) Un certain nombre de répondants ont déclaré que les délégués de l'Assurance Maladie leur avaient déjà conseillé de remplir les indicateurs au plus avantageux, notion que retrouvait également *Paulhet* en 2016. (31)

Pourtant, ils déclaraient avoir plutôt de bonnes relations avec les délégués de l'Assurance Maladie. *Paesbrughe* en 2019 indiquait que malgré les conflits et désaccords qu'ils pouvaient avoir avec l'Assurance Maladie, les médecins généralistes qualifiaient leurs relations avec les délégués de courtoises et sympathiques et estimaient qu'elles facilitaient le dialogue avec l'Assurance Maladie. (32) D'après les analyses comparatives, les médecins exerçant en milieu rural semblaient déclarer de meilleures relations avec les délégués, de même que les médecins non syndiqués.

À la question portant sur la contestation de la ROSP, la majorité des répondants ont déclaré y avoir déjà pensé mais ne l'avoir jamais fait. Parmi les répondants contestataires, les médecins âgés de 40 à 49 ans et les médecins syndiqués étaient significativement plus nombreux. Il est légitime de penser que les médecins syndiqués étant accompagnés par leurs syndicats, la procédure de contestation peut sembler moins complexe à mettre en œuvre. Par ailleurs, les adhérents et sympathisants FMF et UFML semblaient plus enclins à contester leurs chiffres que leurs confrères adhérents et sympathisants MG France et CSMF. Les contestations déclarées ont majoritairement été réalisées lors des années 2022 et 2023. L'année 2022 a vu naître un grand mouvement de contestation générale chez les médecins généralistes, sous la forme d'un

collectif national appelé « Médecins Pour Demain ». Ce collectif de près de 19000 membres, se déclarant non syndical et apolitique, avait appelé en 2022 ses sympathisants à contester leurs chiffres de ROSP, de même que l'UFML et la FMF. Pour autant, malgré un nombre de contestataires de plus en plus élevé, les répondants ont indiqué que la procédure reste complexe et chronophage face à l'Assurance Maladie qu'ils trouvent peu coopérative. Il n'existe malheureusement aucune donnée nationale chiffrée de la contestation de la ROSP. Parmi les reproches qui lui sont faits, il faut également noter la dimension davantage administrative et politique que médicale, l'inscription de ce dispositif dans la convention médicale et le fait que les critères soient choisis par les Caisses sans concertation préalable avec les représentants des médecins. (29) Dans son travail de thèse portant sur les motifs de refus d'adhésion à la ROSP chez les médecins généralistes, *Andriantsehoaharinala* indiquait que ce dispositif n'entraînait une amélioration ni des pratiques, ni de la santé individuelle ou de la santé publique, ni d'économies sur les dépenses de santé, d'une part parce que les indicateurs sont incapables de juger de la qualité des soins et de la santé des populations et d'autre part qu'ils sont incapables de manifester du « travail invisible ». (34)

Ce manque de transparence semble donc être un argument majeur des opposants à la ROSP qui réclament une simplification du système, voire sa suppression.

74,6% des répondants se sont déclarés « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec la proposition « les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière », il est donc légitime pour ces médecins de tenter d'optimiser le plus possible leur rémunération en s'intéressant de plus en plus à leurs chiffres. Dans la mesure où la revalorisation des actes n'atteint pas les niveaux souhaités par les syndicats et associations de médecins, la CNAM se doit selon eux de faire preuve de transparence et d'efficacité avec un système plus simple au service de ses utilisateurs. De manière assez attendue, les médecins ayant une patientèle MT inférieure à 500 patients se disaient moins dépendants financièrement. Il faut rappeler que le calcul de la rémunération sur objectifs est effectué avec une pondération selon la taille de la patientèle, les médecins avec une plus petite patientèle perçoivent donc une rémunération moins élevée.

Concernant le forfait structure, les réponses ont été plus nuancées. Pour les indicateurs automatiques du volet 1 du forfait structure, les répondants ont en moyenne estimé que leurs chiffres de FS étaient en adéquation avec leur pratique à 38,72%, 33,67% ont indiqué ne pas vérifier, et 22,53% estiment que leurs chiffres sont incorrects.

Pour les indicateurs automatiques du volet 2, les répondants ont déclaré en moyenne ne pas vérifier leurs chiffres à 37,58%, que leurs chiffres étaient adéquats à 26,10%, et 19,77% ont estimé leurs chiffres incorrects. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les indicateurs du forfait structure sont relatifs au fonctionnement du cabinet médical et à l'usage des outils informatiques, qui sont plus facilement vérifiables.

Les analyses statistiques menées sur les sous-groupes semblent montrer que les répondants les plus âgés et les répondants syndiqués et plus particulièrement les groupes FMF et UFML sont plus certains de la non adéquation de leurs chiffres de FS avec leur pratique, tandis que les plus jeunes et les sous-groupes MG France et CSMF sont plus nuancés. De manière générale, les répondants les plus âgés semblaient être les plus hostiles au forfait structure. De même que pour les chiffres de ROSP, les médecins ayant une patientèle de taille moyenne semblent avoir plus de doutes. Le milieu d'exercice semble ne pas avoir d'influence.

En 2018, *Soussain* indiquait que l'aisance avec laquelle les médecins remplissaient ces indicateurs avait été signalée par la Cour des Comptes en en 2014, qui estimait la récompense supérieure à l'effort. (33) Toutefois, un certain nombre de répondants indiquaient que le mauvais fonctionnement de la plateforme *AmeliPro* et notamment ses problèmes techniques récurrents rendaient difficiles son utilisation optimale.

La question de la pertinence des indicateurs est une notion largement évoquée dans la littérature médicale. 75,84% des répondants ont indiqué les trouver non pertinents, et cette notion a également été évoquée dans la section des commentaires libres. Les raisons évoquées à cette opinion sont nombreuses : certains indicateurs ne seraient pas conformes aux recommandations de la HAS ou peu pertinents sur le plan scientifique (28), trop d'indicateurs sont dépendants des prescriptions d'autres médecins qui sont pourtant comptabilisées dans les prescriptions du médecin traitant (28), certains actes et dépistages réalisés en structure hospitalière ne faisant pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie sont donc considérés comme non réalisés. (28) Par ailleurs, les difficultés liées au terrain et en particulier la démographie médicale, les épidémies, les tensions d'approvisionnement en médicaments rendent parfois difficile l'atteinte des objectifs. (29)

Enfin, le patient reste le principal décisionnaire de sa santé et certains répondants ont expliqué trouver injuste que le manque d'adhésion des patients et leur compliance à honorer certaines prescriptions impactent leurs statistiques ROSP, notion relevée également par *Picard et al.* et *Dupré*. (12)(29) Il est important de comprendre que c'est dans ce contexte que le QOF a inclus dans son dispositif la possibilité d'exclure certains patients qui ne seraient pas suffisamment

compliance (*exception reporting*) afin de se prémunir de l'impact néfaste de ce type de patients sur la performance. Ce système entraîne de ce fait un risque de dérives, il est d'ailleurs intéressant de préciser qu'une étude datant de 2008 parue dans *The New England Journal of Medicine (NEJM)* révélait que la moitié des médecins participant au QOF avait exclu plus de 5,3% de leurs patients dans l'objectif d'augmenter leur rémunération (35). Cette pratique est appelée "gaming".

Par ailleurs, 62,02% des répondants déclaraient ressentir des difficultés dans la réalisation des objectifs de la ROSP, dans un contexte de durcissement croissant de ceux-ci. Les médecins exerçant en milieu rural, les médecins syndiqués et ceux ayant une plus petite patientèle déclaraient ressentir le plus de difficultés.

La majorité des répondants (70,56%) a déclaré que leur prise de décision médicale n'était pas impactée par la ROSP, de même que *Paulhet* pour qui l'influence de la ROSP sur la prise en charge des patients sur les pathologies chroniques, la prévention, et les prescriptions n'est que rarement déclarée comme importante par les praticiens interrogés. (31) Ces résultats sont en contradiction avec ceux de l'Assurance Maladie pour qui « les résultats témoignent à la fois d'un investissement fort de la part des médecins pour faire évoluer individuellement et collectivement leurs pratiques en matière de prévention et de santé publique, mais aussi de l'Assurance Maladie ». (20) Il faut toutefois préciser que les médecins ont davantage tendance à suivre les recommandations des sociétés savantes et que la ROSP arrive en dernière position dans la hiérarchie décisionnelle. (31)

À l'inverse, certains répondants indiquaient percevoir la ROSP plutôt comme une contrainte administrative, l'accusant de diminuer leur temps médical, et ne permettant pas une valorisation suffisante des actes de prévention auprès des patients.

La très grande majorité des répondants a exprimé percevoir la ROSP comme une atteinte à l'aspect libéral de leur profession, évoquant un conflit d'intérêt. Cette notion est largement développée par *Saint Lary* en 2013. Elle y est définie comme « Une situation d'interférence entre une mission de service public et l'intérêt privé d'une personne qui concourt à l'exercice de cette mission, lorsque cet intérêt, par sa nature et son intensité, peut raisonnablement être regardé comme étant de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions ». (36)(37) Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

(CNOM) condamnait déjà en 2009 ce principe de paiement et les conflits d'intérêt pouvant en découler. (6)

Certains répondants ont expliqué ressentir la ROSP comme une surveillance intrusive dans leur travail générant un sentiment d'humiliation en cas de non atteinte des objectifs et d'infantilisation. La non-atteinte des objectifs peut générer une perte de l'estime de soi et l'évaluation par la Caisse peut être vécue par certains comme une appréciation de « bonne conduite ». Cette perception est souvent reprise dans les travaux s'intéressant aux ressentis des médecins (29)(34)(38) comme dans la littérature plus économique. D'ailleurs, certains répondants ont fait part d'un épuisement psychologique ; cette notion est à mettre en perspective avec le fait que les médecins se suicideraient 2,4 fois plus que la population générale. (49)

La question de l'impact sur la qualité des soins a été largement développée dans la littérature. Parmi les répondants, 74,7% estimaient que la ROSP n'améliore pas la qualité des soins, notamment en raison du fait qu'un certain nombre d'indicateurs visent d'abord à réduire le coût des prescriptions, parfois au détriment de leurs indications. Ces résultats concordent avec ceux des précédentes études menées sur le sujet. (29)(32)(33) Dans l'échantillon, les médecins les plus âgés estimaient que la ROSP pouvait davantage avoir un impact positif sur la qualité des soins que leurs confrères plus jeunes.

En 2016, *Ryan et al.* n'avaient pas mis en évidence d'incidence du QOF sur la mortalité globale des britanniques, six ans après sa mise en place. 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 patients sur un court terme (2 ou 3 ans), mais sans évidence d'effets à long terme. (40) Par ailleurs, leur étude montrait que l'instauration du P4P au Royaume-Uni avait incité les médecins à se préoccuper des items médicaux rémunérateurs, au détriment des suivis non inclus dans le programme. (40)

Concernant les dépenses de santé, 66,67% répondants estiment que la ROSP a un impact modeste. Il n'existe pas de données fiables concernant le montant des économies des dépenses de santé entraînées par la ROSP.

C. Perspectives

Sur la modification des indicateurs, certains ont exprimé le souhait de valoriser la fonction de maître de stage universitaire et la formation médicale continue. Cette idée est intéressante dans le cadre de la ROSP car celle-ci vise à réaliser des économies des dépenses de santé via la limitation des prescriptions inutiles, prescriptions qui pourraient être évitées en cas de meilleures connaissances médicales. D'ailleurs, encourager la formation médicale continue constitue l'une des voies reconnues de l'efficacité des prescriptions. (41)

La question de l'évolution des paiements au forfait a été posée aux répondants. Ceux-ci ont majoritairement exprimé souhaiter une revalorisation des actes et du forfait patientèle médecin traitant, qu'ils estiment être une rémunération juste et valorisante. La plupart ont exprimé leur souhait de la suppression de la ROSP et du forfait structure, qu'ils estiment responsable du blocage des tarifs des actes. En 2016, *Picard et al.* relevait déjà l'aspect d'une contrepartie pour l'absence de revalorisation des actes. (29) Cette notion est révélatrice de l'attachement historique des médecins au paiement à l'acte, considéré en 1928 comme l'un des cinq piliers de la médecine libérale par l'Assemblée Constituante des Syndicats Médicaux Français. (30) Pour *Dupré*, la ROSP n'apparaît pas comme une bonne alternative au paiement à l'acte. (12) Certains répondants ont par ailleurs évoqué que la part croissante de cette rémunération forfaitaire pourrait être un frein à l'installation des jeunes médecins. Il est légitime dans ce contexte de s'étonner du silence du CNOM, qui alors qu'il avait initialement manifesté son opposition à la ROSP en 2009, n'a ensuite plus communiqué lors des conventions suivantes.

Le QOF au Royaume-Uni reste le système de paiement à la performance le plus développé et également le plus étudié en Europe. Toutefois il s'inscrit plus dans une volonté de revalorisation de la médecine générale que dans une volonté économique, et alloue des moyens largement plus conséquents que le système de P4P français. Pour autant, il n'a pas eu le succès escompté avec une opinion défavorable des GPs et des résultats mitigés. (42)

Les répondants ont exprimé de manière claire leurs arguments contre la ROSP, et ceux-ci pourraient constituer des pistes d'évolution du dispositif : améliorer la transparence du mode de calcul et son fonctionnement, tenir compte de la réalité du terrain et de l'adhésion des patients, exclure les prescriptions réalisées par des confrères, simplifier la procédure de contestation, équiper les logiciels d'un calcul automatique des indicateurs déclaratifs, faire

participer les médecins à l'élaboration des indicateurs, conserver le caractère incitatif du dispositif sans pénaliser financièrement les prescripteurs ni porter atteinte à leur liberté de décision. Enfin, il faut rappeler que ne sont incluses dans la ROSP que les données émanant des patients affiliés au régime général, au régime agricole et au régime spécial des indépendants. Les patients étant rattachés à d'autres régimes tels que les militaires et les agents de la SNCF et de la RATP ne sont pas comptabilisés. Il apparaîtrait ainsi plus équitable d'inclure l'ensemble des régimes dans la ROSP.

Enfin, il est important de souligner que certains répondants ont exprimé leur souhait de se déconventionner, autrement dit d'engager une sorte de rupture avec l'Assurance Maladie. Le retrait de la convention correspond à une installation en secteur 3 : les médecins exerçant dans ce secteur voient leurs actes n'être remboursés qu'au tarif d'autorité, soit 0,61 euros quel que soit le montant des actes effectués. Ces médecins sont de plus en plus nombreux.

En novembre 2023, l'UNCAM a fait savoir que dans le cadre des négociations conventionnelles avec les syndicats majoritaires (MG France, Avenir Spé – Le Bloc, CSMF, FMF, UFML et SML), elle souhaitait voir les rémunérations forfaitaires consolidées et simplifiées. (43) Il faut noter que lors des dernières élections URPS en 2021, seulement 23,74% des médecins généralistes ont participé. Cela signifie que les syndicats majoritaires participant aux négociations ont été élus par seulement 23,74% des médecins généralistes. (25)

L'UNCAM a exprimé dans ses propositions souhaiter le renforcement du rôle du FPMT, le recentrage de la ROSP sur la prévention et le dépistage, ainsi que la valorisation de l'encadrement des étudiants et la participation au SAS. La question de la revalorisation des actes se pose également.

En février 2024, l'UNCAM a annoncé que le renforcement du FPMT pourrait, en plus d'être revalorisé, permettre une incitation à l'installation des jeunes médecins y compris en zones sous-denses dans lesquelles il pourrait être majoré de 10%. Ce nouveau forfait promet aussi de prendre en compte les spécificités de chaque patient (âge, présence d'une ALD, patient bénéficiaire de la CSS...), (43) en restituant au médecin traitant les données de consommation de soins de ses patients (médicaments, examens paracliniques, consultation spécialisées et paramédicales, etc.), données aujourd'hui difficilement voire non accessibles.

Le renforcement de ce nouveau forfait unique ferait disparaître la ROSP et le forfait structure, tout en maintenant une dotation numérique, permettant ainsi une mise à jour constante des outils numériques et assurant la participation de l'Assurance Maladie à ces mises à jour. L'objectif

serait aussi de maintenir des incitations à l'usage des nouvelles fonctionnalités numériques, comme l'ordonnance numérique. (43) Les indicateurs ROSP de prévention et d'efficience serait désormais intégrés au FPMT.

Ces démarches se feraient en garantissant le maintien des financements dédiés à la ROSP, au forfait structure et au FPMT, voire même en les majorant. (43) Par ces annonces, l'Assurance Maladie exprime donc sa volonté forte de rester dans un dispositif de rémunération forfaitaire.

De leur côté, les syndicats ont fait connaître leurs positions.

MG France déplore que le calendrier de la mise à niveau du tarif de base de la consultation de médecine générale ne soit toujours par clair et que les montants des rémunérations forfaitaires et leur répartition selon les patientèles, restent approximatifs faute d'un outil simple permettant de les évaluer. (44)

La CSMF dénonce la faible augmentation de l'acte de consultation (revalorisation prévue à 30 euros), rattrapant selon elle insuffisamment l'inflation, et le fait qu'elle ne verrait le jour qu'en 2025. De plus, la CSMF a exprimé souhaiter voir se concrétiser la revalorisation du FPMT dans les plus brefs délais, précisant « le choc d'attractivité c'est maintenant », les règles d'application étant prévues fin 2025 voire 2026. (45)

La FMF regrette que ses propositions n'aient pas été entendues, parmi lesquelles le transfert de la ROSP et du forfait structure sur les actes et non sur les forfaits. L'acte de consultation à 30 euros est non seulement insuffisant mais de plus son calendrier et son champ d'application n'est pas connu. Par ailleurs, la FMF estime que la revalorisation du FPMT ne compensera pas la suppression des autres rémunérations forfaitaires et qu'elle induira une baisse des revenus des médecins généralistes, en particulier dans les zones sous-denses. (46)

L'UFML s'oppose elle fermement à toute forme de capitation, ne souhaitant qu'un paiement à l'acte, craignant que la capitation fasse évoluer le système français vers celui du NHS britannique, avec des délais de consultation allongés et un temps médical réduit. Elle reproche aux mesures de la CNAM d'être mises en place sans études intermédiaires ni évaluation scientifique suffisante. L'UFML continue d'appeler ses adhérents au déconventionnement. (27)

La SML a fait savoir qu'elle souhaitait une véritable réévaluation de la consultation à la moyenne européenne et moins de forfaits. Elle s'est dite favorable à la disparition de la ROSP qui induit une inégalité entre les spécialités sans améliorer la qualité des soins, et souhaiterait l'ouverture du secteur 2 pour tous les médecins. (47)

Le 8 avril 2024, MG France a annoncé suspendre sa participation aux négociations, prenant la suite de l'UFML et des syndicats des médecins spécialistes. (48) Les syndicats des médecins spécialistes s'étant retirés des négociations, celles-ci sont pour le moment suspendues.

V. CONCLUSION

En douze ans d'existence, la ROSP a évolué, et les médecins aussi. Elle s'est progressivement accompagnée d'autres rémunérations forfaitaires, chaque convention leur offrant une place de plus en plus grande au sein de la rémunération des médecins. Dès sa mise en place, la ROSP avait reçu un accueil plutôt défavorable de la part du CNOM, des syndicats et des médecins généralistes. Si les praticiens avaient finalement décidé d'y adhérer et de se prêter au jeu, les dysfonctionnements dont elle souffre aujourd'hui sont de plus en plus dénoncés par les praticiens, ceux-ci en devenant financièrement dépendants dans un sentiment d'injustice grandissant. Leur opinion défavorable est aussi un reflet de leurs préoccupations déontologiques, éthiques et de leur attachement à leur indépendance, qu'ils estiment perdre au profit d'une forme de salariat déguisé et d'une injonction à une efficacité déconnectée du terrain.

Par ailleurs, ces sentiments peuvent être accentués par le manque de transparence dans les chiffres de ROSP et de forfait structure calculés par l'Assurance Maladie, qui peuvent générer un sentiment de découragement et de non reconnaissance des efforts de bonne pratique.

Les procédures de contestation de plus en plus fréquentes et le nombre grandissant de déconventionnements devront être pris en considération lors des négociations conventionnelles. Les médecins généralistes ont fait savoir par le biais de leurs représentants syndicaux qu'ils restaient très attachés au paiement à l'acte, dont ils souhaitent une revalorisation franche, qu'ils estiment être le garant de leur indépendance et le marqueur de la valeur de leur travail. Pour autant, les médecins généralistes ne semblent pas totalement opposés à l'idée d'un paiement forfaitaire : le forfait patientèle médecin traitant avait été plutôt bien accueilli et continue de convaincre les médecins généralistes, celui-ci permettant de valoriser l'engagement auprès des patients et leur suivi.

Malgré des résultats modestes sur l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des dépenses de santé au Royaume-Uni, la ROSP a continué de s'enrichir et de perdurer. À l'aube d'une nouvelle convention, il conviendra de continuer à prendre en considération l'exemple de nos voisins britanniques mais surtout de prendre en compte les revendications des praticiens.

Annexes

Annexe 1. Tableau 1. Détail des indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'adulte.

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥ 92%	5 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	60,5%	≥ 75,6%	5 patients	30	
		Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20,8%	≥ 58,6%	5 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année – indicateur déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20	
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de micro albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG	9,9%	≥ 27,6%	5 patients	30	
	Risque cardio-vasculaire	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines – indicateur déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20	
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statine et AAP et IEC ou ARA2	38%	≥ 56%	5 patients	30	
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30	
	Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
			Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
Dépistage des cancers		Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant u dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40	
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40	
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55	
Iatrogénie		Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	≤ 3%	5 patients	35	
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35	
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35	
Antibiothérapie		Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35	
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + ac. Clavulanique, C3G et C4G, fluoroquinolones)	52%	≤ 32%	5 patients	35	
Conduites addictives		Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif	60%	≥ 75%	5 patients	20	
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier – indicateur déclaratif	60%	≥ 75%	5 patients	20	
Efficience		Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	50
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques		83%	≥ 90%	10 boîtes	45	
	Part des patients de < 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS		38%	≤ 16,7%	5 patients	30	
	Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT à ses patients MT		13,2%	≤ 3,8%	10 boîtes	30	
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire		59%	≥ 69%	10 boîtes	10	
	Prescription biosimilaire	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥ 40%	10 boîtes	30	
		Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par AAP	83%	≥ 92%	5 patients	45	

	Efficience de prescription	Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	45

Annexe 2. Tableau 2. Détail des indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'enfant.

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

Annexe 3. Tableau 3. Détail des indicateurs du forfait structure.

Volet	Indicateur	Statut	Cible 2023	Cible 2024	Points
Volet 1 : équipement du cabinet	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS (intégration de la MSS dans le logiciel ségur)	Déclaratif			280
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale	Calculé			
	Taux de télétransmission > 2/3	Calculé			
	Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire santé d'Ameli	Déclaratif			
Volet 2 : service aux patients	Taux d'usage DMP	Calculé	20%	30%	40
	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon Espace Santé entre PS et patients	Calculé	5%	10%	40
	Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	Calculé	90%	90%	22,5
	Taux de CM AT/MP (certificat médical d'accident de travail ou maladie professionnelle)	Calculé	45%	50%	22,5
	Taux de PSE (protocole de soins électronique)	Calculé	80%	90%	22,5
	Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	Calculé	90%	90%	22,5
	Taux de SPE (prescription électronique de transport)	Calculé	20%	30%	10
	Implication dans une démarche d'exercice coordonné	Déclaratif			120
	Capacité à coder	Déclaratif			50
	Amélioration du service offert au patient	Déclaratif			70
	Valorisation de la fonction de maitre de stage	Déclaratif			50
	Aide pour équipement vidéo transmission	Déclaratif			50
	Aide pour équipement médicaux connectés	Déclaratif			25
	Participation au SAS	Calculé			200
	Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	Calculé	10%	50%	10
	Usage de l'appli Carte Vitale	Calculé	≥1	≥1	40
	Ordonnances numériques sur produits de santé	Calculé	30%	40%	40

Annexe 4. Questionnaire anonyme disponible du 18 janvier 2024 au 11 février 2024.

Perception des médecins généralistes de leurs statistiques ROSP et du forfait structure

Généralités

Bonjour, je m'appelle Laura SOURDET, je suis médecin généraliste remplaçante en Champagne-Ardenne et je réalise un travail de thèse portant sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique et le forfait structure concernant les médecins généralistes libéraux installés et conventionnés. Mon directeur de thèse est le Docteur Renaud MILLER et le Docteur Claude BRONNER participe à son élaboration.

J'ai choisi ce sujet car ces paiements forfaitaires ont été l'occasion de nombreux échanges depuis un an et sont de plus au cœur des négociations conventionnelles en cours.

Le questionnaire vous est envoyé avant la date limite de renseignement de vos données ROSP et Forfait Structure qui est le 4 février 2024.

L'objectif de ce travail est de recueillir le ressenti des médecins généralistes concernant leurs chiffres de ROSP médecin traitant, et notamment de leur adéquation avec leur pratique réelle, ainsi que leur ressenti général à propos du forfait structure.

Il n'est pas nécessaire de vous être intéressé dans le détail à vos chiffres, l'objectif étant plutôt de recueillir vos impressions et de les partager dans le cadre de la négociation conventionnelle en cours.

Les réponses sont anonymes et sont toutes facultatives.

Merci pour votre participation.

Quel est votre âge ?

Quel est votre sexe ?

- Femme
 Homme

Où exercez-vous ?

Quel est votre milieu d'exercice ?

- Urbain
 Semi-rural
 Rural

Quelle est votre année d'installation ?

Quel est votre type d'exercice ?

- Seul
 En groupe de plusieurs médecins généralistes
 En exercice pluri professionnel
 En salariat
 En exercice mixte libéral et salarié (avec prépondérance du libéral)
 En exercice mixte salarié et libéral (avec prépondérance du salarié)

Quelle est la taille (approximative) de votre patientèle médecin traitant ?

- < 500
 501 - 1000
 1001 - 1500
 > 1500

Êtes-vous adhérent à un syndicat médical (au moins une année en 2022, 2023 et/ou 2024)

- Non
 Oui

Lesquels parmi les syndicats de généralistes représentatifs ou non ?

Plusieurs choix possibles

- CSMF-Unof (représentatif)
 FMF-Union Généraliste (représentatif)
 MG France (représentatif)
 UFML (représentatif)
 SML
 REAGIR
 SNJMG
 Autre

Êtes-vous adhérent à un syndicat médical (au moins une année en 2022, 2023 et/ou 2024)

- Non
 Oui

De quels syndicats de généralistes (représentatifs ou non) vous sentez-vous le plus proche ?

Plusieurs choix possibles

- AUCUN
 CSMF-Unof (représentatif)
 FMF-Union Généraliste (représentatif)
 MG France (représentatif)
 UFML (représentatif)
 SML (non représentatif)
 REAGIR (non représentatif)
 SNJMG (non représentatif)
 Autre

Quel logiciel métier utilisez-vous ?

Veuillez sélectionner un item

Votre logiciel médical et le forfait structure

	Oui	Non	Je ne sais pas
J'ai une attestation de conformité de mon logiciel médical avec le forfait structure (logiciel Ségur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise au quotidien un logiciel Ségur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauf exception, j'envoie mes ordonnances sur le DMP (ou Mon Espace Santé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauf exception, j'envoie des VSM sur le DMP (ou Mon Espace Santé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise couramment MSSante avec mon logiciel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'utilise couramment Apicrypt avec mon logiciel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale	<input type="radio"/>					
Taux de télétransmission > 2/3	<input type="radio"/>					
Taux d'usage DMP	<input type="radio"/>					
Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients	<input type="radio"/>					
Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	<input type="radio"/>					
Taux de CM AT/MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	<input type="radio"/>					
Taux de PSE (protocole de soins électronique)	<input type="radio"/>					
Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	<input type="radio"/>					
Taux de SPE (prescription électronique de transport)	<input type="radio"/>					
Participation au SAS	<input type="radio"/>					
Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	<input type="radio"/>					
Usage de l'appli carte Vitale	<input type="radio"/>					
Ordonnances numériques sur produits de santé	<input type="radio"/>					

Mon remplissage des items déclaratifs du forfait structure

Pour simplifier la réponse, il vous est possible de choisir l'appréciation la plus courante et de modifier chaque ligne indépendamment de ce premier choix.

	Je remplis au plus vraisemblable	Je remplis au plus favorable	Je remplis au hasard	Je remplis en fonction des attestations dont je dispose	Je ne remplis pas
Choisissez l'un des items de réponse de cette ligne ci-contre pour que votre choix soit appliqué à l'ensemble du tableau de réponse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS (intégration de la MSS dans le logiciel Ségur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire santé d'ameli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Implication dans une démarche d'exercice coordonné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacité à coder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amélioration du service offert aux patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valorisation de la fonction de maître de stage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide pour équipement vidéo-transmission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aide pour équipements médicaux connectés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Discussion autour de la ROSP et du forfait structure

Quelle est votre situation par rapport au renseignement d'Ameli Pro concernant la ROSP et le forfait structure ?

- J'ai terminé le renseignement d'AmeliPro
- Je l'ai fait partiellement, mais j'y retourne avant le 4 février
- Je n'ai pas l'intention de me connecter à AmeliPro

Avez-vous lu les modes d'emploi de l'Assurance Maladie disponibles sur AmeliPro ?

	Je ne l'ai pas lu	Je l'ai survolé	Je l'ai lu intégralement	Je ne sais pas
Guide méthodologique forfait structure 2023	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment déclarer vos indicateurs – Forfait structure 2023	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forfait structure – Formulaire pour les indicateurs déclaratifs 2023	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comment déclarer vos indicateurs – ROSP 2023	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guide méthodologique – ROSP 2023 – Médecin traitant de l'enfant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guide méthodologique – ROSP 2023 – Médecin traitant de l'adulte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Guide méthodologique – Dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biosimilaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Note méthodologique – Forfait requérant téléexpertise (Médecins)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est votre point de vue vis-à-vis de la contestation de la ROSP ?

- Je n'y ai jamais pensé
- Je pense que cela ne sert à rien
- J'y ai pensé mais je ne l'ai jamais fait
- Je l'ai fait

Quel est votre degré d'accord avec chacune des affirmations suivantes, concernant la ROSP et le forfait structure en 2023 ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je ne ressens pas de difficultés pour la réalisation des objectifs de la ROSP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ROSP modifie certaines de mes décisions médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faudrait que le montant de la ROSP soit reporté sur les actes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faudrait que le montant du forfait structure soit reporté sur les actes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec la multiplication des contraintes (ROSP, forfait structure, logiciel Ségur, limitation des téléconsultations, prescriptions en ligne...) je me sens de moins en moins libéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai de très bonnes relations avec l'AM et ses délégués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'assistance du DAM (délégué de l'Assurance Maladie) m'est d'un grand secours (ou l'a été dans le passé) pour renseigner mes items ROSP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Le DAM m'a déjà suggéré de renseigner la ROSP au plus avantageux (cocher NSP si vous n'en avez jamais parlé avec le DAM)	<input type="radio"/>				
Les montants des forfaits sont indispensables au maintien de ma situation financière	<input type="radio"/>				

Quel est votre degré d'accord avec chaque affirmation ci-dessous, concernant la ROSP future dans la nouvelle convention en cours de négociation ?

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
Il faut supprimer la ROSP et reporter son montant sur les actes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut garder la ROSP telle qu'elle est	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut garder la ROSP et la modifier en profondeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut garder la ROSP en la simplifiant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ROSP est utile pour améliorer la qualité des soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La ROSP est utile pour faire des économies de dépenses de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est votre degré d'accord avec chaque affirmation ci-dessous concernant le forfait structure futur dans la nouvelle convention en cours de négociation ?

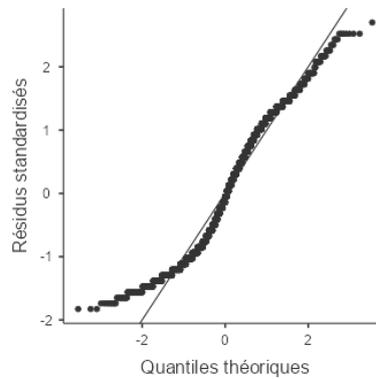
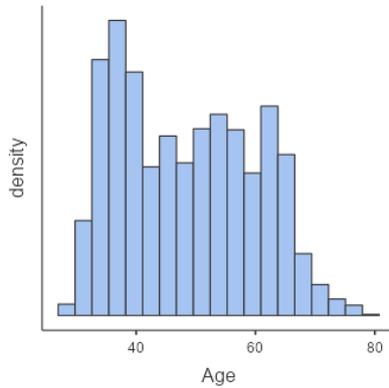
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord	Je ne sais pas
Il faut supprimer le forfait structure et reporter son montant sur les actes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut garder le forfait structure tel qu'il est	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il faut garder le forfait structure et le modifier en profondeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N'hésitez pas à partager vos commentaires libres sur la ROSP et le forfait structure

Si vous souhaitez recevoir rapidement les résultats et ultérieurement la thèse, veuillez préciser votre adresse mail svp

Envoyer

Annexe 5. Analyses statistiques pour la comparaison de l'âge de l'échantillon et l'âge de la population.



Statistiques descriptives

Age	
N	2509
Manquants	12
Moyenne	48.6
Médiane	48
Écart-type	11.3
Minimum	28
Maximum	79

Test t pour un échantillon

		Statistique	ddl	p
Age	t de Student	-6.32	2508	<.001
	W de Wilcoxon	1.26e+6		<.001

Note. $H_a: \mu \neq 50$

Test auquel on se fie : Wilcoxon. On rejette H_0 .

Test de normalité (Shapiro-Wilk)

	W	p
Age	0.957	<.001

Note. Une valeur p faible suggère une violation de la condition de normalité

On rejette l'hypothèse nulle qui pose que les données sont normalement distribuées. On fait en plus un test non-paramétrique (rangs signés de Wilcoxon).

Annexe 6. Analyses statistiques pour la comparaison des proportions de chaque genre dans l'échantillon versus population.

Proportions - Genre

Modalité		Quantité	Proportion
Homme	Observé	1141	0.458
	Attendu	1184	0.475
Femme	Observé	1351	0.542
	Attendu	1308	0.525

Test d'ajustement du χ^2

χ^2	ddl	p
2.93	1	0.087

On ne rejette pas H_0 au seuil de 5%.

Annexe 7. Analyses statistiques comparatives de la proportion de médecins syndiqués dans l'échantillon versus population.

Proportions - Appartenance Syndicat			
Modalité		Quantité	Proportion
Oui	Observé	1186	0.474
	Attendu	400	0.160
Non	Observé	1318	0.526
	Attendu	2104	0.840

Test d'ajustement du χ^2		
χ^2	ddl	p
1835	1	<.001

Annexe 8. Table de contingence pour l'analyse de la contestation selon l'âge.

Tables de contingence			
age	contestation		Total
	non	oui	
40-49	495	100	595
50-59	540	73	613
< 40	637	98	735
>= 60	491	56	547
Total	2163	327	2490

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	11.9	3	0.008
N	2490		

Annexe 9. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Age	Q1						Total
	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	
40-49	14	189	96	89	164	48	600
50-59	24	218	110	104	135	26	617
< 40	27	214	127	128	189	53	738
>= 60	24	230	99	80	93	26	552
Total	89	851	432	401	581	153	2507

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	50.0	15	<.001
N	2507		

Annexe 10. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de FS avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Age	Q33						Total
	J'ai des doutes sur l'adéquation des résultats avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	
40-49	56	22	27	206	256	29	596
50-59	54	29	37	221	230	45	616
< 40	93	30	45	209	322	33	732
>= 60	44	16	49	226	169	43	547
Total	247	97	158	862	977	150	2491

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	60.9	15	<.001
N	2491		

Annexe 11. Table de contingence pour l'analyse de la distribution des réponses Likert aux propositions : exemple

Tables de contingence

Age	Likert1					Total
	Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	
40-49	16	64	181	14	319	594
50-59	31	112	180	15	272	610
< 40	24	111	226	16	360	737
>= 60	55	109	150	19	213	546
Total	126	396	737	64	1164	2487

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	74.5	12	<.001
N	2487		

Annexe 12. Table de contingence pour l'analyse de la contestation selon le milieu d'exercice.

Tables de contingence

Milieu	Contestation		Total
	non	oui	
Rural	355	55	410
Semi-rural	780	121	901
Urbain	979	148	1127
Total	2114	324	2438

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	0.0451	2	0.978
N	2438		

Annexe 13. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Milieu	Q1						Total
	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	
Rural	13	139	81	60	87	31	411
Semi-rural	32	301	156	131	229	56	905
Urbain	41	396	181	203	253	65	1139
Total	86	836	418	394	569	152	2455

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	11.9	10	0.293
N	2455		

Annexe 14. Tables de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de FS avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Milieu	Q33						Total
	J'ai des doutes sur l'adéquation des résultats avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	
Rural	40	13	16	153	164	24	410
Semi-rural	100	34	61	295	360	51	901
Urbain	102	50	74	403	427	73	1129
Total	242	97	151	851	951	148	2440

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	11.1	10	0.350
N	2440		

Annexe 15. Table de contingence pour l'analyse de la distribution des réponses Likert aux propositions : exemple

Tables de contingence

Milieu	Likert1					Total
	Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	
Rural	13	69	119	9	200	410
Semi-rural	49	142	286	21	405	903
Urbain	60	173	318	32	540	1123
Total	122	384	723	62	1145	2436

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	7.91	8	0.442
N	2436		

Annexe 16. Table de contingence pour l'analyse de la contestation selon la taille de la patientèle.

Tables de contingence

Taille de la patientèle	Contestation		Total
	non	oui	
1001 - 1500	832	132	964
501 - 1000	643	94	737
< 500	111	16	127
> 1500	577	87	664
Total	2163	329	2492

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	0.378	3	0.945
N	2492		

Annexe 17. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Taille de la patientèle	Q1						Total
	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	
1001 - 1500	33	333	165	151	224	62	968
501 - 1000	23	223	114	123	209	51	743
< 500	16	53	20	22	12	8	131
> 1500	15	245	131	105	138	33	667
Total	87	854	430	401	583	154	2509

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	66.0	15	<.001
N	2509		

Annexe 18. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de FS avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Taille de la patientèle	Q34						Total
	J'ai des doutes sur l'adéquation des résultats avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	
1001 - 1500	119	44	24	334	363	82	966
501 - 1000	114	45	18	206	308	49	740
< 500	15	7	12	42	40	14	130
> 1500	76	29	19	242	256	44	666
Total	324	125	73	824	967	189	2502

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	44.5	15	<.001
N	2502		

Annexe 19. Table de contingence pour l'analyse de la distribution des réponses Likert aux propositions : exemple

Tables de contingence

Taille de la patientèle	Likert1					Total
	Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	
1001 - 1500	44	138	291	30	454	957
501 - 1000	30	109	214	12	374	739
< 500	11	15	35	2	68	131
> 1500	41	135	197	20	269	662
Total	126	397	737	64	1165	2489

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	32.4	12	0.001
N	2489		

Annexe 20. Table de contingence pour l'analyse de la contestation selon l'appartenance syndicale.

Tables de contingence

Groupe	Contestation		Total
	non	oui	
Groupe NS	1186	139	1325
Groupe S	984	190	1174
Total	2170	329	2499

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	17.6	1	<.001
N	2499		

Annexe 21. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique : exemple

Chi2 d'association

H0 : les variables groupe et I1 sont indépendantes c'est-à-dire la distribution des réponses ne change pas selon le groupe (NS ou S).

H1 : les variables ne sont pas indépendantes, la distribution des réponses dépend de l'appartenance au groupe NS ou S.

Tables de contingence

Groupe	I1						Total
	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	
NS	52	490	253	193	290	53	1331
S	37	368	179	208	293	101	1186
Total	89	858	432	401	583	154	2517

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	39.9	5	<.001
N	2517		

On rejette H0, la réponse à la question dépend du groupe dans lequel les individus se situent.

Annexe 22. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de FS avec la pratique : exemple

Chi2 d'association

H0 : les variables groupe et question sont indépendantes c'est-à-dire la distribution des réponses ne change pas selon le groupe (NS ou S).

H1 : les variables ne sont pas indépendantes, la distribution des réponses dépend de l'appartenance au groupe NS ou S.

Tables de contingence

Groupe	Disposer d'une version de cahier des charges Sésam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale						Total
	J'ai des doutes sur l'adéquation des résultats avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	
NS	128	38	96	503	500	57	1322
S	120	59	63	364	479	94	1179
Total	248	97	159	867	979	151	2501

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	35.4	5	<.001
N	2501		

On rejette H0, la réponse à la question dépend du groupe dans lequel les individus se situent.

Annexe 23. Table de contingence pour l'analyse des réponses type échelle de Likert aux propositions au sujet de la ROSP et du FS : exemple

Q1 - Test du Chi2 d'association

On teste H0 : les variables Groupe et Q1 sont indépendantes c'est à dire la distribution des réponses à Q1 ne change pas selon le groupe (S ou NS), vs H1 : les variables ne sont pas indépendantes, c'est à dire la distribution des réponses dépend de l'appartenance au groupe S ou NS.

Tables de contingence

Groupe	Q1					Total
	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	
S	623	319	42	170	21	1175
NS	546	421	85	227	43	1322
Total	1169	740	127	397	64	2497

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	40.9	4	<.001
N	2497		

On rejette H0, la réponse à la Q1 dépend du groupe dans lequel les individus se situent.

Annexe 24. Table de contingence pour l'analyse de la contestation selon la sensibilité syndicale.

Tables de contingence

A		J'ai déjà contesté mes ROSP		Total
		non	oui	
Groupe CSMF	Observé	112	7	119
	% par ligne	94.1 %	5.9 %	100.0 %
Groupe FMF	Observé	620	111	731
	% par ligne	84.8 %	15.2 %	100.0 %
Groupe MG France	Observé	370	40	410
	% par ligne	90.2 %	9.8 %	100.0 %
Groupe UFML	Observé	654	131	785
	% par ligne	83.3 %	16.7 %	100.0 %
Total	Observé	1756	289	2045
	% par ligne	85.9 %	14.1 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	18.0	3	<.001
N	2045		

Annexe 25. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de ROSP avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Groupes		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins deux dosages d'HbA1c dans l'année						Total
		Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	J'ai des doutes sur l'adéquation avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	
Groupe CSMF	Observé	5	40	26	15	27	7	120
	% par ligne	4.2 %	33.3 %	21.7 %	12.5 %	22.5 %	5.8 %	100.0 %
Groupe FMF	Observé	16	251	122	121	176	48	734
	% par ligne	2.2 %	34.2 %	16.6 %	16.5 %	24.0 %	6.5 %	100.0 %
Groupe MG France	Observé	8	160	99	44	90	14	415
	% par ligne	1.9 %	38.6 %	23.9 %	10.6 %	21.7 %	3.4 %	100.0 %
Groupe UFML	Observé	29	207	89	174	209	78	786
	% par ligne	3.7 %	26.3 %	11.3 %	22.1 %	26.6 %	9.9 %	100.0 %
Total	Observé	58	658	336	354	502	147	2055
	% par ligne	2.8 %	32.0 %	16.4 %	17.2 %	24.4 %	7.2 %	100.0 %

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	92.1	15	<.001
N	2055		

Annexe 26. Table de contingence pour l'analyse de l'adéquation des chiffres de FS avec la pratique : exemple

Tables de contingence

Groupes		Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app carte Vitale						Total
		J'ai des doutes sur l'adéquation des résultats avec ma pratique	J'aimerais contester cet item	Je ne sais pas	Je ne vérifie pas	Je pense que les résultats sont en adéquation avec ma pratique	Je suis certain de la non adéquation avec ma pratique	
Groupe CSMF	Observé	7	5	11	37	50	10	120
	% par ligne	5.8%	4.2%	9.2%	30.8%	41.7%	8.3%	100.0%
Groupe FMF	Observé	74	25	48	231	305	46	729
	% par ligne	10.2%	3.4%	6.6%	31.7%	41.8%	6.3%	100.0%
Groupe MG France	Observé	26	12	18	145	196	16	413
	% par ligne	6.3%	2.9%	4.4%	35.1%	47.5%	3.9%	100.0%
Groupe UFML	Observé	98	56	44	230	291	60	779
	% par ligne	12.6%	7.2%	5.6%	29.5%	37.4%	7.7%	100.0%
Total	Observé	205	98	121	643	842	132	2041
	% par ligne	10.0%	4.8%	5.9%	31.5%	41.3%	6.5%	100.0%

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	49.0	15	<.001
N	2041		

Annexe 27. Table de contingence pour l'analyse des réponses type échelle de Likert aux propositions au sujet de la ROSP et du FS : exemple

Tables de contingence

Groupes		Les objectifs de la ROSP me semblent pertinents					Total
		Je ne sais pas	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord	Tout à fait en désaccord	
Groupe CSMF	Observé	4	43	40	9	22	118
	% par ligne	3.4%	36.4%	33.9%	7.6%	18.6%	100.0%
Groupe FMF	Observé	26	83	215	13	393	730
	% par ligne	3.6%	11.4%	29.5%	1.8%	53.8%	100.0%
Groupe MG France	Observé	17	129	145	9	110	410
	% par ligne	4.1%	31.5%	35.4%	2.2%	26.8%	100.0%
Groupe UFML	Observé	31	50	188	11	505	785
	% par ligne	3.9%	6.4%	23.9%	1.4%	64.3%	100.0%
Total	Observé	78	305	588	42	1030	2043
	% par ligne	3.8%	14.9%	28.8%	2.1%	50.4%	100.0%

Tests χ^2

	Valeur	ddl	p
χ^2	291	12	<.001
N	2043		

Bibliographie

1. Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*. oct 2016;120(10):1125-40.
2. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. *Am J Manag Care*. déc 2009;15(10 Suppl):S300-305.
3. 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]. [Lille, France]: Université de Lille; 2018.
4. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt?: *BMJ*. 4 août 2016;i4060.
5. 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.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. [Internet]. [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.fmcdinan.org/article-ordre-des-medecins-commentaires-sur-la-convention-nationale-organisant-les-rapports-entre-les-mede-84763681.html>
7. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Le Capi, cet obscur objet du désir [Internet]. [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2009/09/23/le-capi-cet-obscur-objet-du-desir/>
8. Syndicat de la médecine générale (SMG). Les CAPI, un recul pour la médecine générale [Internet]. [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://syndicat-smg.fr/les-capi-un-recul-pour-la-medecine-generale>
9. Laurent F, Sicsic J, Saint-Lary O. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) : quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. avr 2015;63(2):67-76.
10. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? : *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):180-209.
11. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Les dépenses de santé en 2022 : septembre 2023. Paris, France : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ; 2023. 288 p.
12. Dupre Q. La perception des médecins généralistes sur la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique [Thèse de doctorat]. [Amiens, France]: Université de Picardie Jules Verne; 2020.

13. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018 : bilan à un an du nouveau dispositif : dossier de presse : 25 avril 2018. Paris, France : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; 2018. 19 p.
14. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Facturation et rémunération du médecin [Internet]. [cité 24 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration>
15. L'Assurance Maladie. Règlement arbitral, convention et avenants [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-reference/convention-medicale-reglement-arbitral/reglement-arbitral-convention-et-avenants>
16. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Guide méthodologique du dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires : 3 janvier 2022. Paris, France : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; 2022. 11 p.
17. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Guide méthodologique rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : décembre 2023. Paris, France : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; 2023. 30 p.
18. L'Assurance Maladie. Rosp médecin traitant de l'adulte [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
19. L'Assurance Maladie. Rosp du médecin traitant de l'enfant [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>
20. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en 2022 [Internet]. [cité 25 janv 2024]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2023-04-28-cp-rosp-2022>
21. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Guide méthodologique forfait structure 2023 : décembre 2023. Paris, France : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; 2023. 27 p.
22. Gillam SJ, Sriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework--A Systematic Review. *The Annals of Family Medicine*. 1 sept 2012;10(5):461-8.
23. Godefroy C. Les médecins généralistes et la rémunération sur objectifs de santé publique [Thèse de doctorat]. [Nice, France]: Université Nice Sophia-Antipolis; 2018.
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : janvier 2022. Paris, France : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2022. 141 p.
25. L'Assurance Maladie. Acteurs des négociations 2023 [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/negociations-conventionnelles/les-negociations-en-pratique/acteurs-negociations-2023>
26. Fédération des Médecins de France. ROSP et forfait structure [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/combats-nationaux/rosp-et-forfait-structure/>

27. Union Française pour une Médecine Libre Syndicat. La capitation ou comment décapiter la Médecine Libérale ! [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/la-capitation-ou-comment-decapiter-la-medecine-liberale/>
28. Dunet B. Quelle est l'influence de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur la pratique des médecins généralistes ? [Thèse de doctorat]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2015.
29. Picard A, Coissac L, Merviel N. Rémunération sur objectifs de santé publique : quelle perception en ont les médecins généralistes ? : étude qualitative réalisée auprès de soixante médecins généralistes de Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe [Thèse de doctorat]. [Angers, France]: Université d'Angers; 2016.
30. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009;(5):144-58.
31. Paulhet E. La place des critères de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique dans le processus décisionnel du médecin généraliste Breton [Thèse de doctorat]. [Rennes, France]: Université Bretagne Loire; 2016.
32. Paesbrugge X. Visite des délégués de l'Assurance Maladie : ressenti des médecins généralistes des Hauts-de-France [Thèse de doctorat]. [Lille, France]: Université de Lille; 2019.
33. 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]. [Pointe-à-Pitre, France]: Université des Antilles; 2018.
34. Andriantsehoanarinala 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]. [Montpellier, France]: Université de Montpellier; 2014.
35. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of Patients from Pay-for-Performance Targets by English Physicians. *New England Journal of Medicine*. 2008;359(3):274-84.
36. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. *J Med Ethics*. août 2012;38(8):485-91.
37. Saint-Lary O, Bernard E, Sicsic J, Plu I, François-Purcell I, Franc C. Why Did Most French GPs Choose Not to Join the Voluntary National Pay-for-Performance Program? LoGerfo J, éditeur. *PLoS ONE*. 9 sept 2013;8(9):e72684.
38. Lefèvre P. Comment les médecins généralistes ont-ils intégré la ROSP à leur pratique ? Étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Haute-Normandie [Thèse de doctorat]. [Rouen, France]: Université de Rouen; 2014.
39. 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*. juil 2016;388(10041):268-74.

40. 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.
41. Duffaud S, Liebart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? Étude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique.* juin 2014;26(3):323-30.
42. 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
43. L'Assurance Maladie. Négociations conventionnelles | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/negociations-conventionnelles>
44. MG France. Négociations conventionnelles : pour MG France, le compte n'y est toujours pas - MG France [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/communiqupresse/3485-negociations-conventionnelles-pour-mg-france-le-compte-n-y-est-toujours-pas>
45. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Négociations conventionnelles : une bilatérale décevante [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.csmf.org/communiquer/negociations-conventionnelles-une-bilaterale-decevante/>
46. Fédération des Médecins de France. Petit bilan des propositions CNAM – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/petit-bilan-des-propositions-cnam/>
47. Syndicat des Médecins Libéraux. Négociations conventionnelles : vers une co-construction [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.lesml.org/fr/193-syndicat-des-medecins-liberaux.php>
48. MG France. Suspension Négociations conventionnelles - MG France [Internet]. [cité 12 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/communiqupresse/3493-suspension-negociations-conventionnelles>
49. Lantier B. Suicide des Externes, Internes, Docteurs en Médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient Nord-Sud ? [Thèse de doctorat]. [Nice, France]: Université Nice Sophia Antipolis; 2019.

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	12
I. INTRODUCTION.....	14
A. LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE	14
B. HISTORIQUE DU P4P EN FRANCE	15
C. MODES DE REMUNÉRATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN FRANCE.....	17
D. PRÉSENTATION DE LA ROSP	18
1. La ROSP médecin traitant de l'adulte.....	18
2. La ROSP médecin traitant de l'enfant	19
3. Calcul de la rémunération	20
4. Montant de la ROSP en 2022.....	21
E. PRÉSENTATION DU FORFAIT STRUCTURE.....	21
F. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	24
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	26
A. TYPE D'ÉTUDE	26
B. POPULATION	26
C. MODE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	26
D. ANALYSE DES DONNÉES.....	27
III. RÉSULTATS.....	28
A. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTS	28
B. PERCEPTION DES RÉSULTATS PERSONNELS DE LA ROSP	33
1. Indicateurs dont les données sont calculées automatiquement par l'Assurance Maladie.....	33
2. Indicateurs déclaratifs à renseigner par les médecins.....	40
C. PERCEPTION DES RÉSULTATS PERSONNELS DE FORFAIT STRUCTURE	41
1. Indicateurs dont les données sont calculées automatiquement par l'Assurance Maladie.....	41
2. Indicateurs déclaratifs à renseigner par les médecins.....	42
D. PERCEPTION GÉNÉRALE DE LA ROSP ET DU FORFAIT STRUCTURE	43
E. ANALYSES STATISTIQUES.....	50
1. Analyses comparatives de l'échantillon versus population	50
2. Analyses comparatives selon l'âge des répondants.....	51
3. Analyses comparatives selon le milieu d'exercice des répondants	53
4. Analyses comparatives selon la taille de la patientèle des répondants	55
5. Analyses comparatives selon l'appartenance syndicale des répondants.....	57
IV. DISCUSSION.....	63
A. Biais de l'étude.....	63
1. Choix de la méthode qualitative.....	63
2. Échantillon.....	63
3. Analyse des données	64
B. Synthèse et discussion des résultats.....	64
C. Perspectives.....	71
V. CONCLUSION.....	75
ANNEXES	76
BIBLIOGRAPHIE.....	100
SERMMENT D'HIPPOCRATE	105
PERMIS D'IMPRIMER.....	106

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Permis d'imprimer



Document n°4

PERMIS D'IMPRIMER

M. - Mme : Laura SOURDET
Né(e) le : 25/02/1991 à Reims
Adresse complète : 28.rue.Yvan.Gausson.30250.Sommières
Interne en DES de : médecine.générale

Soutenance prévue le : 16 MAI 2024

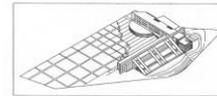
VU, le Président de Thèse :
Signature et cachet obligatoires

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE de REIMS
Pr D. JOLLY
Pôle Recherche et Santé Publique
H.R.D. avenue du Général Koënik
51092 REIMS CEDEX
Tél. 03 26 78 84 72

VU et permis d'imprimer, Le Doyen,
Pr BEDNAREK

Pour le président et par délégation
Le doyen de l'UFR de Médecine de Reims

Pr Nathalie BEDNAREK



**UNIVERSITÉ DE REIMS
FACULTE DE
MEDECINE**

ANNEE 2023-2024

N°

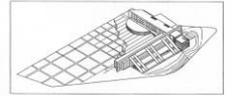
**THESE
DE
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)
PAR**

**SOURDET, Laura
Née le 25/02/1991 à Reims**

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2024

**Perception de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure par les
médecins généralistes conventionnés**

PRESIDENT : M. le Professeur Damien JOLLY



SOURDET, Laura

Perception de la rémunération sur objectifs de santé publique et du forfait structure par les médecins généralistes conventionnés

Thèse d'exercice. Mention « Médecine générale ». Reims, 2024

RESUME

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et le forfait structure (FS) constituent un mode de rémunération de type forfaitaire des médecins généralistes. Ces forfaits sont calculés sur la base de l'atteinte d'objectifs cliniques, de prévention et d'efficience. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'adéquation des chiffres de ROSP et de FS avec la pratique des médecins généralistes et de recueillir leur opinion générale sur la ROSP et le FS, sous la forme d'un questionnaire anonyme disponible en ligne.

Une étude épidémiologique, descriptive, analytique, avec une méthodologie qualitative a été réalisée. Les réponses ont fait l'objet d'analyses statistiques descriptives et comparatives par le test du Chi2.

Les médecins généralistes estiment majoritairement que leurs chiffres de ROSP ne sont pas représentatifs de leur travail. Les réponses pour le FS sont plus nuancées. Les médecins généralistes estiment les indicateurs non pertinents et que la ROSP a peu d'effet sur l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des dépenses de santé. Ils reprochent à la ROSP et au FS un mode de calcul manquant de transparence et un fonctionnement trop complexe. Ils ont exprimé leur souhait de voir disparaître la ROSP et le FS au profit du forfait patientèle médecin traitant et d'une revalorisation des actes de médecine générale. Les négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux devraient permettre une évolution du système de rémunération au forfait.

MOTS CLES

Capitation
Conventions sécurité sociale
Médecins généralistes
Paiement à la performance médical

JURY

Président : Pr. Damien JOLLY
Assesseurs : Dr. Yannick PACQUELET, Dr. Claude BRONNER, Dr. Renaud MILLER