

NOTE

La version imprimée a été acceptée et a reçu un permis d'imprimer par le président de jury Pr. Michel AMOUYAL. Cette version a été augmentée d'un schéma à la fin de la partie DISCUSSION, schéma issu de la présentation orale de cette thèse, soutenue le 21 janvier 2014. Cet organigramme a été ajouté sur les conseils du Pr. Bernard GUERRIER, membre du jury.

Par ailleurs, la page 51 mentionne que je n'ai pas pu collecter les chiffres donnant les médecins ayant refusé sur la région Languedoc-Roussillon : le Dr.PAPINAUD, médecin à l'Echelon Régional du Service Médical à Montpellier et membre du jury a fourni 24 heures avant la soutenance les chiffres du département de l'Hérault. Sur 1306 médecins généralistes, 1236 ont accepté le dispositif de la RO SP. Sur 89 cardiologues, 87 ont accepté. Sur 55 gastro entérologues, 54 ont accepté.

**UNIVERSITE MONTPELLIER 1
UFR DE MEDECINE**

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

ANDRIANTSEHENOHARINALA Lanja

Le 21 janvier 2014

**LES MEDECINS AYANT REFUSE LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE
SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)/PAIEMENT A LA PERFORMANCE (P4P): UNE
APPROCHE QUALITATIVE DES RAISONS EXPRIMEES DE LEUR REFUS**

JURY

- Président :** Pr. AMOUYAL Michel, PA au Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de Montpellier
- Assesseurs :** Pr. GUERRIER Bernard, chirurgien ORL, président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Languedoc-Roussillon
- Dr. PAPINAUD Laurence, médecin à l'Echelon Régional du Service Médical de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon
- Directeur de thèse :** Dr. FOLCO - LOGNOS Béatrice, MCA au Département Universitaire de Médecine Générale

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES

ALLIEU Yves	CLOT Jacques	JARRY Daniel	OTHONIEL Jacques
ALRIC Robert	D'ATHIS Françoise	LABAUGE Robert	PAGES André
ASTRUC Jacques	DEDET Jean-Pierre	LAFFARGUE François	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	PUECH Paul
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	PUJOL Henri
BALDY-MOULINIER Michel	DU CAILAR Jacques	LESBROS Daniel	RABISCHONG Pierre
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LOPEZ François Michel	RAMUZ Michel
BALMES Michel	DUMAZER Romain	LORIOT Jean	RIEU Daniel
BALMES Pierre	ECHENNE Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	RIOUX Jean-Antoine
BANSARD Nicole	ELEDJAM Jean Jacques	MAGNAN DE BORNIER Bernard	ROCHFORT Henri
BAUMEL Hugues	FABRE Serge	MARCHAL Georges	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	MARY Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	MATHIEU-DAUDE Pierre	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MEYNADIER Jean-Charles	SENAC Jean-Paul
BOUDET Charles	GRASSET Daniel	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BOURGEOIS Jean-Marie	GREMY François	MICHEL Henri	SIMON Lucien
BRUEL Jean Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	MIMRAN Albert	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	GUILHOU Jean-Jacques	MION Charles	SUQUET Pierre
CALLIS Albert	HERTAULT Jean	MION Henri	THEVENET André
CANAUD Bernard	HUMEAU Claude	MIRO Luis	VIDAL Jacques
CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVARRO Maurice	
CIURANA Albert-Jean	JANBON François	NAVRATIL Henri	

PROFESSEURS EMERITES

ARTUS Jean-Claude
 JOURDAN Jacques
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 ROSSI Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BLANC François	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
BOUSQUET Jean	Pneumologie ; addictologie
BRINGER Jacques - Doyen	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLAUSTRES Mireille	Génétique
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTA Pierre	Urologie
DAURES Jean Pierre	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
DAUZAT Michel	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire : option médecine vasculaire
DAVY Jean Marc	Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DOMERGUE Jacques	Chirurgie générale
DUBOIS Jean Bernard	Cancérologie ; radiothérapie
GUERRIER Bernard	Oto-Rhino-Laryngologie
GUILLOT Bernard	Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Réanimation ; médecine d'urgence
LANDAIS Paul	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MARES Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MERCIER Jacques	Physiologie
MILLAT Bertrand	Chirurgie digestive
MOURAD Georges	Néphrologie
PELISSIER Jacques	Médecine physique et de réadaptation
SCHVED Jean François	Hématologie; Transfusion
SULTAN Charles	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
TOUCHON Jacques	Neurologie
UZIEL Alain	Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VOISIN Michel	Pédiatrie

PU-PH de 1^{re} classe

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVEROUS Michel	Urologie
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BLAYAC Jean Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BLOTMAN Francis	Rhumatologie
BOULENGER Jean Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie-obstétrique)
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
DUJOLS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMEL Christian	Ophthalmologie
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (option anesthésiologie-réanimation)
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLEIN Bernard	Hématologie ; transfusion
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LE QUELLEC Alain	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LEROUX Jean Louis	Rhumatologie
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry	Biologie cellulaire
MAURY Michèle	Pédopsychiatrie ; addictologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
NAVARRO Francis	Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SAINT AUBERT Bernard	Cancérologie ; radiothérapie
SARDA Pierre	Génétique
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie
ZANCA Michel	Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DE VOS John	Cytologie et histologie

DECHAUD Hervé	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie -vénérologie
DORANDEU Anne	Médecine légale - en attente du décret de nomination
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie - en attente du décret de nomination
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Urgences et Post urgences psychiatriques - en attente du décret de nomination
GUI TER Jacques	Urologie
HAYOT Maurice	Physiologie
JOYEUX Henri	Chirurgie digestive
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel	Génétique Moléculaire
KOUYOU MDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique - en attente du décret de nomination
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LALLEMANT Benjamin	ORL - en attente du décret de nomination
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MOREL Jacques	Rhumatologie
MORIN Denis	Pédiatrie
NOCCA David	Chirurgie digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEGNARBIEUX François	Neurochirurgie

SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition - en attente du décret de nomination

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - Médecine générale

BOURREL Gérard

LAMBERT Philippe

PROFESSEUR ASSOCIES - Médecine Générale

AMOUYAL Michel

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIES - Médecine

PANARO Fabrizio (Chirurgie générale)

QUANTIN Xavier (Pneumologie ; addictologie)

VIEL Eric (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

Disciplines médicales

MCU-PH Hors classe

CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FAUROUS Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MICHEL Françoise	Biochimie et biologie moléculaire
PIGNODEL Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PRAT Dominique	Anatomie
PRATLONG Francine	Parasitologie et mycologie
RAMOS Jeanne	Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
RONDOUIN Gérard	Physiologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
MOLINARI Nicolas	Biostatistiques informatique et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques informatique et technologies de la communication
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PELLESTOR Franck	Cytologie et histologie
PEREZ-MARTIN Antonia	Physiologie
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PUJOL Joseph	Anatomie
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
SIMONY-LAFONTAINE Joëlle	Cancérologie ; radiothérapie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane	Nutrition
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VINCENT Thierry	Immunologie
YACHOUH Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BRUN Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COSSEE Mireille	Génétique Moléculaire
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie
GRAAFLAND Hubert	Hématologie ; transfusion
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne
JUNG Boris	Anesthésie-réanimation ; médecine d'urgence
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Neuroradiologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine	Biologie cellulaire
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SEBBANE Mustapha	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THURET Rodolphe	Urologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DUTILLEUL Patrick
FOLCO-LOGNOS Béatrice
RAMBAUD Jacques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAMBON Monique	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
PROVANSAL Monique	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
SIESO Victor	Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
CADILHAC-BONNET Claire	Sciences du langage : linguistique et phonétique générales
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire
CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
DUFFOUR Jacqueline	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
NEVEU Dorine	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
VIGNAUD Mireille	Sciences du médicament et des autres produits de santé

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BRET Caroline	Hématologie
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FUNAKOSHI Natalie	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
GABELLE Audrey	Neurologie
GAILLARD Jean-Baptiste	Cytologie et histologie
GALANAUD Jean-Philippe	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
GAUJOUX-VIALA Cécile	Rhumatologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LUKAS Cédric	Rhumatologie
THOUVENOT Eric	Neurologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie

REMERCIEMENTS

Au jury :

A Mr. le Pr. AMOUYAL :

Vous avez accepté de présider le jury de cette thèse, veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A Mr. le Pr GUERRIER :

Vous n'avez pas hésité à faire partie de ce jury de thèse de médecine générale, veuillez recevoir mes respectueux remerciements.

A Mme le Dr FOLCO-LOGNOS :

Tu as accepté de diriger cette thèse dans ce temps qui m'était imparti, je t'en remercie chaleureusement.

A Mme le Dr PAPINAUD :

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse, et avez fourni des informations et documents pour sa réalisation, veuillez recevoir mes remerciements.

A tous les médecins ayant participé à cette étude :

Je vous remercie tous d'avoir donné de votre temps et accepté de parler de vos choix, de votre vision du métier

Aux proches :

A mes parents et mes frères et sœurs : « Tantely sy vahona izany fiainana... » *Herezo, Mahaleo*

A toute ma famille, proche et moins proche, ici et là-bas

A Nicolas

A Michel et Mireille

Aux amis d'hier et d'aujourd'hui

**« Ce que nous faisons n'est jamais compris, et n'est toujours accueilli que par
les louanges ou la critique. »**
F.W. Nietzsche
Le Gai savoir, 1887

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
PREMIERE SECTION : LE DISPOSITIF.....	20
1. DESCRIPTION THEORIQUE.....	20
2. EN PRATIQUE.....	24
3. PAR RAPPORT AU CAPI.....	25
DEUXIEME SECTION : LA ROSP, UN DISPOSITIF AUX FACETTES MULTIPLES	27
1. L'ENJEU DE LA REMUNERATION DES MEDECINS.....	27
1.1 Le poids du passé	28
1.2 Les différents types de rémunération et leurs implications.....	28
1.3 Un système, des systèmes	30
1.4 En France : la bataille de la rémunération.....	30
1.5 La rémunération en chiffres	31
1.6 La rémunération : une réponse aux transformations de santé ?	33
2. L'ENJEU DE LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE	34
2.1 La santé : un mammoth	34
2.2 Un système socialisé	35
2.3 Rationaliser : une préoccupation originelle.....	36
2.4 Les stratégies de maîtrise des dépenses.....	36
3. L'EMERGENCE DE L'EVALUATION ET LE NOUVEAU PARADIGME DE LA PERFORMANCE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES	40
3.1 L'évaluation : un outil industriel.....	40
3.2 L'évaluation dans les services de l'Etat : 2001, le NMP et la performance.....	41
3.3 Les débuts : l'évaluation à l'hôpital	42
3.4 Mais en santé : Que signifie la performance ?	43
4. LA ROSP EST NEE... ..	45
4.1 Les exemples étrangers	45
4.2 En France.....	48
TROISIEME SECTION : PREMIERS RESULTATS, DONNEES DE LA LITTERATURE ET PROBLEMATIQUE	51
1. EN FRANCE : PREMIERS RESULTATS.....	51
1.1 Concernant l'adhésion.....	51
1.2 Concernant les objectifs	51
2. POSITIONNEMENTS FACE A LA ROSP	53
2.1. Syndicats	53
2.2 Instances ordinale et académique.....	54
2.3 Dans les médias	55
2.4 Des associations médicales	55
2.5 Le gouvernement.....	56
2.6 Et les patients ?.....	56
2.7 Des défenseurs.....	57
3. LE P4P DANS LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE, RETOUR SUR LES EXPERIENCES ETRANGERES	57
3.1 Etudes, revues systématiques	57
3.2 Où en sont les autres pays ?	58
4. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	59
5. QUESTION DE RECHERCHE.....	60
6. HYPOTHESES	61
7. OBJECTIFS.....	61
MATERIELS ET METHODES	62

1. PHASE EXPLORATOIRE	62
2. CHOIX DE LA METHODE.....	62
3. RECRUTEMENT.....	63
3.1 La 1 ^{ère} phase : recrutement par voie postale.....	63
3.2. La 2 ^{ème} phase : envoi du questionnaire.....	64
3.3. La 3 ^{ème} phase : recrutement pour les entretiens téléphoniques	64
4. LES ENTRETIENS	66
5. ANALYSE	66
RESULTATS ET ANALYSES	70
PREMIERE SECTION: ANALYSE DU QUESTIONNAIRE	70
1. ANALYSE DES QUESTIONS FERMEES	70
1.1 Des données habituelles	70
1.2 D'autres données moins courantes	74
2. ANALYSE DES QUESTIONS OUVERTES	78
2.1 Entités pertinentes pouvant faire des propositions.....	78
2.2 Des améliorations sur le système de soins ou sa qualité.....	80
2.3 Les raisons du refus.....	85
DEUXIEME SECTION: ANALYSE DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES	86
1. ANALYSE HORIZONTALE.....	86
1.1 Deux axes porteurs : les INDICATEURS et les EFFETS/RESULTATS DE LA ROSP	87
1.2 Des polarisations	90
1.3 Un entretien centré sur une causalité d'amont	90
2. ANALYSE VERTICALE.....	91
2.1 Une critique majeure des effets attendus du dispositif.....	91
2.2 Une critique majeure des relations et des fonctions de l' Assurance Maladie.....	97
2.3 Etudes des autres axes par les entretiens polarisés.....	105
2.4 En aparté : une variété dans les prises de décision de refuser la ROSP.....	108
DISCUSSION	110
1. LES BIAIS.....	110
2. LES RESULTATS.....	110
2.1 Les réponses à nos hypothèses de travail.....	110
2.2 Les autres réponses	111
3. EN REPLACANT LE SUJET DANS LA LITTERATURE.....	112
3.1 Par rapport aux travaux en médecine.....	112
3.2 Par rapport aux études de sciences humaines et économiques.....	114
4. DE PREOCCUPATIONS ISSUES DE CE TRAVAIL	117
4.1 La convention médicale : vers une évolution de son contenu ?.....	117
4.2 La convention médicale : vers une évolution de sa forme ?	118
4.3 Transmission générationnelle	119
4.4 Evaluation, qualité et sapes de l'expérience	119
5. VERS D' AUTRES ETUDES	120
CONCLUSION.....	122
BIBLIOGRAPHIE	123
ANNEXES.....	130

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

TABLEAUX

Tableau 1 : Détail des points et indicateurs de la ROSP (C : données de remboursement récupérées par la caisse, M : données déclaratives par le médecin)	24
Tableau 2: Détail des points indicateurs et du QOF (données 2012/2013), source HSCI	47
Tableau 3: Multi-activité des médecins de l'échantillon	72
Tableau 4: Tableau de contingence [relations avec l'assurance maladie] et [utilisation du site ameli].....	74
Tableau 5: Tableau de contingence [engagement social/militant] et [activité syndicale].....	75
Tableau 6: Tableau de contingence [relations avec l'industrie pharmaceutique] et [relations avec l'assurance maladie]	75
Tableau 7: Tableau de contingence [confiance en l'assurance maladie] et [confiance en l'Etat] ..	76
Tableau 8: Tableau de contingence [gêne face aux prescriptions spécialistes] et [relations industrie pharmaceutique]	77
Tableau 9: Tableau des entités exprimées comme pertinentes pour l'amélioration du système de soins.....	79
Tableau 10: Tableau récapitulatif des données d'enregistrement des entretiens	86
Tableau 11: Tableau récapitulatif des raisons exprimées par thématiques	88

GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des points de la ROSP en fonction des grands thèmes.....	20
Graphique 2: Rémunération des médecins généralistes en US\$ et parité de pouvoir d'achat dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche disponible (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05).	32
Graphique 3: Rémunération des médecins généralistes en ratio du salaire moyen, dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05).	32
Graphique 4: Niveaux de rémunération (en US\$, PPP) et charge de travail hebdomadaire pour les médecins généralistes et spécialistes, dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05).....	33
Graphique 5: Les différents aspects de la performance (source Ammi, 2011, fig.6 p203).....	43
Graphique 6: Radar de la progression des indicateurs ROSP entre 2011 et 2013 sur la France entière (source : bases de l'Assurance Maladie [CNAMTS, DRSM du Languedoc-Roussillon, 2013])	52
Graphique 7: Radar de la progression des indicateurs de la ROSP entre 2011 et 2013 sur le Languedoc-Roussillon (sources : bases de l'Assurance Maladie [CNAMTS, DRSM du Languedoc-Roussillon, 2013])	53
Graphique 8: Répartition de l'échantillon selon l'âge (valeurs absolues)	70
Graphique 9: Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe (valeurs absolues).....	71
Graphique 10: Supports de formation médicale (données en pourcentages des items cotés, n=65).....	72
Graphique 11: Répartition des réponses concernant les entités pouvant faire des propositions pertinentes en termes de santé – organisation, contenu (données en pourcentage du total des propositions, n=77).....	78
Graphique 12: Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale (source Bloy, 2008, p.79).....	115

GLOSSAIRE

ALD : Affection Longue Durée

AGA : Association de Gestion Agréée

AM : Assurance Maladie

AMDDDM : Association Médicale de Défense de la Déontologie et des Droits des Malades

AMEDREF : Association des Médecins Référents

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

BMA : British Medical Association

BZD : Benzodiazépines

CAPi : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CARMF : Caisse Autonome de Retraites des Médecins de France

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

CHEM : Collège des Hautes Etudes Médicales

CNAM : Caisse Nationale D'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CRDS : Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSG : Contribution sociale généralisée

CSMF : Confédération Syndicale des Médecins Français

COE : Crowding Out effect

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRSM : Direction Régional du Service Médical

DP : Droit au Dépassement Permanent

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

DUMG (DMG) : Département Universitaire de Médecine Générale

EBM : Evidence Based Medicine

FMC : Formation Médicale Continue

FMF : Fédération des Médecins de France

FORMINDEP : Collectif pour une Formation et une Information Médicales Indépendantes

FSE : Feuilles de Soins Electroniques

HBA1C : Hémoglobine glycosylée A1C

HMO : Health Management Organization

HTA : Hypertension artérielle

HSCIC : Health and Social Care Information Center

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IHA : Integrated Healthcare Association

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

JORF : Journal Officiel de la République Française

LDL : Low Density Lipoprotein Cholesterol

LOLF: Loi Organique Relative aux Lois de Finances

MICA : Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité

MSA: Mutuelle Sociale Agricole

MT : Médecin traitant

NC: Numerus Clausus

NHS: National Health Service

NMR: Nouveaux Modes de Rémunération

OCDE: Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMR : Option Médecin Référent

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

OQN : Objectifs Quantifiés Nationaux

ORS : Organisation Régionale de Santé

P4P: Pay for Performance (paiement à la performance)

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PR : Public Reporting

QOF : Quality Of Frameworks

REAGJIR: Regroupement Autonome des Généralistes, Jeunes Installés et Remplaçants

RMO: Référence Médicale Opposable

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSI : Régime Social des Indépendants

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

T2A (TAA): Tarification à l'Acte

UNASA Union Nationale des Associations Agrées

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Les relations entre la sécurité sociale et les médecins généralistes ont été marquées par un tournant en 2012 avec la mise en application de la rémunération sur objectifs de santé (ROSP). Elle a été entérinée par les institutions et trois syndicats dans la **convention nationale du 26 juillet 2011** régissant les rapports entre médecins et Assurance Maladie. Elle se base sur le principe de « paiement à la performance », qui reprend l'anglicisme « pay for performance » (P4P) [Nous dirons dans ce travail indifféremment ROSP ou P4P].

Cette nouvelle rémunération s'ajoute donc au mode séculaire de la rémunération à l'acte, objet de critiques et de comparaisons avec d'autres pays industrialisés. Il n'est plus exclusif depuis quelques temps: des forfaits satellites se sont ajoutés, certains ont disparu.

Par ailleurs, le système sanitaire français est mis sous tensions par les mutations sociales, démographiques, économiques, managériales. Répondre aux problématiques, moderniser, améliorer, maîtriser des dépenses de santé en période d'austérité sans aggraver les inégalités: un ensemble d'objectifs exigeants, s'il en est. Dans ce contexte est né l'outil de **l'évaluation et du paiement à la performance**. C'est une grille d'objectifs, censée évoluer, avec des indicateurs dont la réalisation donne droit à une prime: c'est la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). Elle fait suite à une expérimentation appelée Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), qui n'était pas inscrit dans la convention et qui était basé sur le volontariat. Laissant place à la ROSP, le CAPI a été abrogé le 21/11/2011.

La dernière convention nationale a permis aux médecins d'être conventionnés mais de refuser électivement cette nouvelle rémunération: il fallait envoyer une **lettre recommandée avec accusé de réception à la CPAM du lieu d'exercice dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel soit jusqu'au 26/12/2011¹** ou dans les trois mois suivant l'installation pour les nouveaux installés. Une fois accepté, **il n'est pas permis de sortir du dispositif**.

Certains médecins généralistes sont conventionnés mais ont donc refusé la ROSP. Ils sont une minorité. Pourquoi? Quelles sont leurs motivations au refus, alors qu'une majorité a signé la convention sans restriction?

¹ Article 26 de la convention médicale, arrêté portant approbation le 22/09/2011, publié au JORF n°0223 le 25/09/2011

Les nouveaux outils d'évaluation et de performance sont devenus des sujets de recherche dans les sciences sociales et économiques. Mais peu d'entre eux se penchent sur ces médecins qui refusent ces méthodes. Cette étude qualitative s'intéresse à leurs raisons de refuser cette nouvelle rémunération.

La première partie de cette étude pose le contexte d'émergence de cette ROSP, l'hypothèse de recherche et la méthodologie utilisée.

La deuxième partie contient le recueil et l'analyse des données ; ce recueil a été fait en 2 temps : - un temps basé sur un questionnaire (aspects démographiques, de pratique etc.) adressé à tous les médecins généralistes participants.

- un 2^e temps basé sur des entretiens téléphoniques individuels semi - directifs

La dernière partie permettra d'engager la discussion et de conclure. Quelles autres évolutions du contenu des conventions ? Quels enjeux pour le futur ?

PREMIERE SECTION : LE DISPOSITIF

Commençons par décrire d'emblée le dispositif.

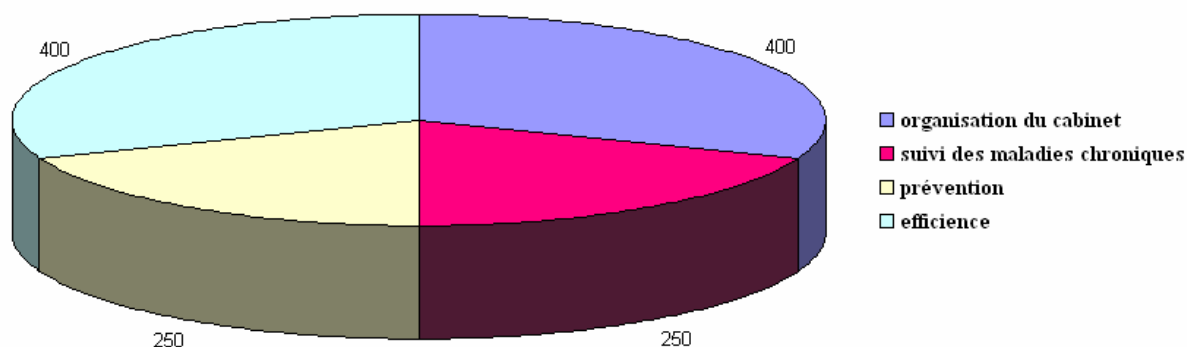
1. DESCRIPTION THEORIQUE

La ROSP des médecins généralistes contient 29 indicateurs :

- 5 concernent l'**organisation du cabinet**. Ce sont les seuls indicateurs non chiffrés.
- 9 concernent le **suivi des pathologies chroniques**
- 8 concernent la **prévention**
- 7 concernent l'**efficience**

Les indicateurs chiffrés ne sont pris en compte qu'à partir d'un nombre seuil de patients concernés, ou un nombre seuil de boîtes pour les médicaments. Chaque indicateur rapporte un nombre de points, en fonction du niveau de départ et de la progression vers la cible (pour les items déclaratifs, le niveau de départ est arbitrairement fixé à 0, puisqu'il est impossible pour la caisse de l'évaluer avant la ROSP). Les tableaux des pages suivantes résument les indicateurs et les points attribués.

Au total, on peut comptabiliser 1300 points. Ils sont répartis comme suit :



Graphique 1: Répartition des points de la ROSP en fonction des grands thèmes

Chaque point rapporte 7€ (valeur du point calculé pour 800 patients, pondéré ensuite en fonction de la taille réelle de la patientèle). Pour les nouveaux installés, la valeur du point est majorée de 15% la 1^{ère} année d'installation (8,05€), de 10% la 2^{ème} (7,70€), et de 5% la 3^{ème} (7,35€). Si les seuils d'inclusion ne sont pas atteints, l'indicateur est « neutralisé ».

Des items sont déclaratifs (10 sur 29), et d'autres sont récupérés directement par la Caisse d'assurance maladie (voir tableaux aux pages suivantes) : soit 515 points (40% du total des

points) directement en relation avec ce que déclare le médecin, sans contrôle, ni a priori ni systématique. Egalement : des indicateurs se chevauchent, comme l'objectif d'HBA1C<8,5% et HBA1C<7,5% ; taux LDL cholestérol<1,5g/l et LDLc<1,3g/l. Les indicateurs d'efficience s'entendent en terme clairement économique : il s'agit de prescrire dans le répertoire des génériques, ou de favoriser les traitements également efficaces à moindre coût (aspirine contre tous les autres anti agrégants plaquettaires ; IEC contre sartans).

La ROSP concerne également les cardiologues, qui ont signé l'avenant n°7 à leur convention médicale, parue au JORF le 31/05/2012 (**annexe I**). Elle contient 9 indicateurs. Les gastro entérologues ont signé une convention en décembre 2012 avec une ROSP également². La ROSP est en cours d'extension aux endocrinologues, pédiatres, néphrologues.

² décision commission paritaire nationale du 20/12/2012 visible sur http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/tests/121220_ROSP_gastro_document_CNAM.pdf

Thème	Indicateurs	Points	Info
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle	75	Médecin
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50	M
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75	M
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50	M
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients	150	M
Pathologies chroniques	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	30	Caisse
	Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	15	M
	Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	25	M
	Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est , 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	10	M
	Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est , 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	25	M
	Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	35	C

Pathologies chroniques	Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	35	C
	Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	35	C
	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	40	M
Prévention	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés grippe, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	20	C
	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination grippe et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	20	C
	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	35	C
	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités par vasodilatateurs, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	35	C
	Benzodiazépines à demi vie longue : Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	35	C
	Durée de traitement par benzodiazépines : Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	35	C
	Cancer du col de l'utérus : Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	35	C
	Antibiothérapie : Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	35	C

Effici	Antibiotiques : Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	60	C
	Inhibiteurs de la pompe à protons Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	60	C
	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	60	C
	Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	55	C
	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	55	C
	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	55	C
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55	C
Total	1300		

Tableau 1 : Détail des points et indicateurs de la ROSP (C : données de remboursement récupérées par la caisse, M : données déclaratives par le médecin)

2. EN PRATIQUE

Les médecins sont contactés par la CPAM de leur lieu d'exercice à la fin de l'année n ou au début de l'année n+1 (date limite fixée au 20/02/2013 pour le calcul du P4P de 2012) : ils doivent remplir un formulaire déclaratif des indicateurs « organisation du cabinet ». Il est rempli en ligne, dans l'espace professionnel personnalisé du médecin, sur le site ameli.fr (**annexe II**). Les indicateurs chiffrés sont récupérés directement par la caisse grâce aux données de remboursement auxquelles elle a directement accès pour chaque patient. Ainsi, elle comptabilise les boîtes de médicaments achetés en pharmacie, les actes de radiologie, d'ophtalmologie, de laboratoire etc. pour tous les patients d'un même médecin traitant (hors patients MSA, RSI etc)

A noter : les données de remboursement récupérées par la caisse ne discriminent pas le prescripteur (ne font pas la différence entre des prescriptions émanant du médecin traitant, d'un spécialiste, ou d'un recours de 2^e ou 3^e ligne) ; elles ne peuvent en fait pas établir réellement la « prescription » dans le répertoire générique, car elles ne font pas la différence entre la

prescription de génériques par le médecin, ou la substitution générique par le pharmacien. En outre, bien sûr, elles ne font pas la différence entre une boîte achetée, et une boîte réellement consommée (ni comment...).

En fonction des données déclarées (non contrôlées a priori) et les données de remboursement, la CPAM verse directement la rémunération sur le compte bancaire du praticien. Une lettre lui est envoyée pour le prévenir de ce paiement (**annexe III**). Les versements ont lieu le premier trimestre de l'année n+1 pour l'année n (pour 2013 : à partir du 8 avril 2013).

3. PAR RAPPORT AU CAPI

La ROSP est désignée comme l'héritière du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles). Quelles différences existent entre les 2 dispositifs ?

1) Le CAPI, lancé en 2009, est un contrat, signé individuellement entre le médecin et l'Assurance Maladie. L'engagement se fait sur 3 ans, avec possibilité de rupture du contrat à tout moment (pas de rémunération si rupture avant le 1^{er} anniversaire). Le CAPI ne se fait donc pas conventionnellement par « adhésion » passive.

2) Le CAPI contenait moins d'indicateurs : au nombre de 16, ils recoupaient les indicateurs de la ROSP actuelle, soit la **prévention**, le **suivi des maladies chroniques** (HTA et diabète) et l'**efficacité de prescription**. Les indicateurs d'organisation du cabinet n'existaient pas.

3) Le CAPI était moins exigeant sur plusieurs indicateurs :

- le taux de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs (<7% dans le CAPI, <5% dans la ROSP)
- le nombre annuel d'HbA1C (exigé à 3/an uniquement pour les hommes diabétiques >50 ans, et les femmes >60 ans dans le CAPI, exigé pour tous les diabétiques indépendamment de leur âge dans la ROSP)
- les objectifs de pression artérielle des hypertendus (PA ≤ 140/90 mmHG pour 50% des patients traités dans le CAPI, pour 60% dans la ROSP)
- la prescription dans le répertoire générique pour les IPP (80% dans le CAPI, 85% dans la ROSP) et les antihypertenseurs toutes classes confondues (60% pour le CAPI, 65% pour la ROSP)

4) 1 seul item sur 16 est déclaratif (la pression artérielle) dans le CAPI ; 10 sur 29 sont déclaratifs dans la ROSP

Dans le CAPI, un taux de réalisation moyen était calculé : en fonction du niveau initial et de l'atteinte d'un objectif intermédiaire ou d'un objectif cible, l'objectif intermédiaire étant à mi chemin entre le niveau initial et l'objectif cible. Vous atteigniez donc un pourcentage : entre 0 et 50%, vous êtes entre le niveau initial et l'objectif intermédiaire ; entre 50 et 100%, vous êtes entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible. La rémunération se calcule en multipliant le taux de réalisation moyen par le nombre de patients et par 7€. Il n'y a donc pas de points, mais la conversion monétaire est la même. Pas de sanctions en cas de non atteinte des objectifs. Pas de rémunération en dessous de 25% de réalisation.

Après cette partie descriptive, la 2^{ème} section s'attarde sur les facettes multiples de ce nouveau dispositif.

DEUXIEME SECTION : LA ROSP, UN DISPOSITIF AUX FACETTES MULTIPLES

Mais finalement, en quoi ce paiement à la performance en médecine est une rupture ? Quelles sont les origines de la ROSP ? Que contient ce nouveau dispositif ? Il est utile de revenir sur plusieurs points pour y répondre :

- la rémunération des médecins, puisque la ROSP est un nouveau mode de rémunération.
- la volonté de maîtrise des dépenses de santé, puisque la ROSP est affichée comme un outil stratégique d'une telle maîtrise.
- les nouvelles politiques publiques, puisque la ROSP est issue des changements d'orientation de l'action publique.

1. L'ENJEU DE LA REMUNERATION DES MEDECINS

Elle est un enjeu majeur: mais pourquoi ? Pour quoi, pour qui ?

La question est en réalité au cœur des discussions sur le système de soins, par les liens qu'on peut faire d'une part entre rémunération des professionnels de santé et dépenses de santé; et d'autre part par les liens organiques entre rémunération et travail.

En effet en premier lieu, les revenus des professionnels soignants sont des dépenses de santé³, la rémunération est donc pour les gestionnaires un enjeu comptable.

Et puis, les liens entre rémunération et travail médical sont nombreux ; ils recouvrent les effets directs sur le contenu en quantité et en qualité, le temps passé au travail ; et les effets indirects sur le temps de formation, le temps hors travail (loisir, équilibre familial etc). Et bien sûr, la rémunération est la valorisation **en soi** du travail (travail intellectuel, actes techniques etc.). Il s'agit donc pour les professionnels d'un enjeu de métier.

Les gestionnaires : un enjeu comptable. Les professionnels : un enjeu de métier. Et pour l'Etat ? La santé est-elle une fonction régaliennne ? Le préambule de la constitution de la IVème république du 27 octobre 1946 énonçait simplement à l'alinéa 11 : « Elle [la Nation, ndlr] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. ». La constitution de la Vème république du 4 octobre 1958 y ajoute l'article 34, alinéa 3: « La loi détermine les principes fondamentaux : (...) du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale.»

³ Comme le dit Pierre Volovitch dans *Maîtrise des dépenses : la question des revenus oubliée*, Pratiques, les cahiers de la médecine utopique, mai 2001, n°13, p7-11

Et pour la société ? Cette dernière pourrait s'en emparer dans un questionnaire sans équivoque : « Comment payer ceux qui nous soignent ? »⁴. Mais pour quel enjeu ? Seulement l'accès aux soins ? La question reste posée.

1.1 Le poids du passé

En France, la rémunération des médecins est un héritage. Elle est basée essentiellement sur le paiement à l'acte. Son origine ancienne s'est enkystée dans la forme libérale de l'exercice médical : la médecine générale est libérale et la médecine libérale est majoritairement générale. Les fondements de la médecine libérale sont formalisés en 1927 par le plus important syndicat de l'époque (regroupant alors 80% des médecins en exercice), la CSMF (Confédération Syndicale des Médecins Français). La CSMF édicte ainsi sa charte de l'exercice libéral (dans tous les sens du terme) qu'elle reprend lors de son Assemblée générale du 6 décembre 1928 :

- la liberté de choix du médecin (par le patient)
- la liberté de prescription
- l'entente directe sur les honoraires entre le praticien et le patient
- la notion de secret professionnel

Ainsi se sont noyautés depuis longtemps les principes libéraux de l'exercice médical, garants de l'indépendance, de l'autonomie d'action, bref de ce qui fonde avec l'éthique et la déontologie médicale l'auto régulation de cette profession.

1.2 Les différents types de rémunération et leurs implications

Les différents modes de rémunération font l'objet d'études multiples, de comparaisons entre pays, à la recherche de leurs implications sur le système de santé ((Robinson, 2001), (Rochaix, 2004)). Mais les études ou les revues systématiques peinent à généraliser les impacts des modes de rémunération : d'une part les études scrutent de manière théorique des systèmes de rémunération dits « purs », c'est-à-dire non panachés ; d'autre part les modes de rémunération dépendent aussi du mode de construction des systèmes de santé et des influences historiques et culturelles de leurs acteurs (Gosden, 2000).

⁴ comme le titrait le n° 39 de la revue *Pratiques, ou les cahiers de la médecine utopique*

1.2.1 Le paiement à l'acte

Le médecin est payé en fonction du nombre d' « actes » qu'il fait. Les économistes de la santé le qualifient de paiement « prospectif », et par définition peu « forfaitisé », c'est-à-dire qu'il est très dépendant du volume. Ces « actes » sont cotés et donc rémunérés suivant leur nature. L'étalon du paiement à l'acte est la valeur de la consultation, dite C (CS pour les médecins spécialistes).

Le paiement à l'acte permet d'augmenter sa charge horaire, son temps de travail total (hebdomadaire), le nombre de patients vus, diminue le temps de consultation. Il est associé à une tendance à la satisfaction du patient, à un contenu de soins plutôt curatif. Il est accusé de favoriser le phénomène de « demande induite ». (Evans, 1974 ; Rochaix, Jacobzone 1997). Il est surtout associé pour les tutelles à une dérive inflationniste des dépenses de santé.

1.2.2 Le paiement à la capitation

Le médecin reçoit une somme en fonction du nombre de patients qu'il suit, indépendamment de la fréquence de suivi ou du volume de soins. Ce paiement est dit « prospectif » et par définition « forfaitisé », c'est-à-dire indépendant du volume des actes. Des aménagements existent en fonction de la patientèle (patients âgés, atteints de maladies chroniques). La capitation est associée selon les types de systèmes de soins à une tendance à l'augmentation de la patientèle avec une recherche de sa satisfaction, ou à une sélection de patients afin de diminuer la charge de travail (soit par orientation rapide vers des soins de santé secondaires types spécialistes, ou hôpitaux ; soit par sélection des patients les moins lourds). Les anglo saxons nomme ce risque *cream-skimming* (écrémage du risque). En revanche, ce paiement laisserait plus de place aux soins préventifs et a l'avantage pour le gestionnaire de prévoir les dépenses de manière prospective, puisqu'une induction de la demande par les médecins ne présente aucun bénéfice sous ce schéma de rémunération.

1.2.3 Le salariat

Il se comprend dans son sens générique, comme somme fixe et contractualisée. Il est rétrospectif et donc ultra « forfaitisé » selon les économistes (la rémunération est entièrement déconnectée du volume des actes). Le salariat est associé à une charge de travail moins grande, des consultations variables, un nombre de patients suivis moins important. Il est le mode de rémunération idéal pour le gestionnaire. Une étude empirique menée par Golden et al. (2003) ne montrent pas d'effet négatifs dans la prise en charge en Angleterre.

1.3 Un système, des systèmes

Les modes de rémunération varient d'un pays à l'autre, mais la plupart du temps, il existe un panachage et parfois un plafonnement. Les méthodes sont différentes en fonction de l'histoire propre à chaque système de santé, leur construction, les relations de force entre professionnels, Etat et système de protection sociale.

La France et l'Allemagne ont des **systèmes à assurance maladie** (Hassenteufel 2001), de type bismarckien. Ils couvrent plusieurs risques, dont le risque maladie. Ils sont financés par des cotisations, en fait contributions financières issues du travail (en France, il y a aussi des contributions non issues du travail : CSG, CRDS). La France a gardé un modèle centralisé avec un paiement à l'acte majoritaire, quelques forfaits, et maintenant la rémunération sur objectifs, adossé à un organisme solidaire unique financé par le travail ; l'Allemagne a un modèle décentralisé auto-administré avec un paiement majoritaire à la capitation plafonné et une part de paiement à l'acte.

L'Angleterre et l'Espagne ont quant à eux des **systèmes nationaux de santé** financés directement par l'impôt, universels et uniformes (comme les pays scandinaves) (Hassenteufel 2001). Les patients ne paient pas directement les médecins. La capitation, plafonnée, est la règle avec une part variable de salariat ou de paiement à l'acte.

1.4 En France : la bataille de la rémunération

Ainsi la rémunération est centrale, et les acteurs du système de soins ne s'y sont pas trompés. C'est pour elle que s'affrontent périodiquement en France l'Assurance Maladie et les professionnels de santé, établissant un rapport de forces variables au cours du temps.

Du côté médical, le paiement à l'acte est fortement associé aux idéaux d'indépendance et de liberté. La cristallisation autour de ce type de paiement est rattachée à l'idéal d'autonomie d'action (de pensée...). On peut convoquer dans l'histoire la genèse matricielle libérale de ce paiement qui lie l'éclosion moderne de l'exercice médical aux 5 principes cités plus haut, en en faisant des fondements viscéraux transmissibles de génération en génération. On peut convoquer la sociologie des professions, où la rémunération est soit un levier identitaire du corporatisme (l'auto régulation issue du mode de rémunération, de l'appropriation de règles éthiques et déontologiques fondent le corps professionnel) faisant échapper ce corps professionnel à la régulation du marché ou de l'Etat ; soit une prérogative pour la défense d'un monopole. Enfin, le

paiement à l'acte est synonyme de « liberté », liberté chérie et perdue une première fois à la naissance de la Sécurité Sociale au sortir de la 2^{ème} Guerre Mondiale⁵, et une deuxième fois à la signature de la première convention nationale du 28 octobre 1971, qui fixe un tarif de consultation national, base de remboursement. La crispation née de l'affront commence par la perte, la perte de la liberté de fixer sa propre rémunération.

Du côté des gestionnaires, il s'agit de consolider rapidement la naissance de cette Sécurité Sociale, puis au fil des années d'assurer le maintien de la protection sociale. Du côté étatique, il faut suivant les idéologies pouvoir engager les réformes prévues, ne pas s'aliéner un corps médical qui se veut puissant, et rassurer les populations sur la prise en charge de leur santé.

Ainsi, les médecins en France ont œuvré pour la valorisation de leur rémunération qui passe donc en premier par le prix de la consultation (prix du « C »). Ces valorisations sont discutées au cours des négociations pour ces fameuses conventions nationales. Elles ne sont « consenties » qu'en contre partie d'autres dispositions, selon les rapports de force en place et les intérêts de chacun. La consultation passe ainsi à 17,53€ en 1998 (115FF); 20€ en 2001, 21€ en 2005, 22€ 2007 et enfin 23€ en 2011 (à titre de comparaison, les tarifs de consultation/visite étaient respectivement de 40 FF/ 58FF - soit 6,10€/8,84€ en 1980).

Une autre bataille pour la rémunération a concerné l'aménagement d'un espace à honoraires libres. Cette bataille passe par l'accord d'un droit permanent (DP) de dépassement d'honoraires aux médecins jouissant d'une « autorité médicale accrue » ; puis c'est l'abolition de ce droit en 1980 (3^{ème} convention médicale) ; puis par un jeu de ping pong c'est l'ouverture en compensation d'un secteur non conventionné dit secteur 2, à dépassement d'honoraires libres ; enfin c'est le gel de l'accès à ce secteur (accès uniquement aux anciens chefs de clinique) 10 ans après sa création lors de la 5^e convention médicale le 9 mars 1990.

1.5 La rémunération en chiffres

Qu'en est-il en termes de chiffres en France ? Selon la CARMF (Caisse autonome de retraite des médecins de France), les médecins libéraux généralistes gagnent en 2011 en moyenne 72 584€ alors que leurs confrères spécialistes libéraux atteignent 102 389€. L'UNASA

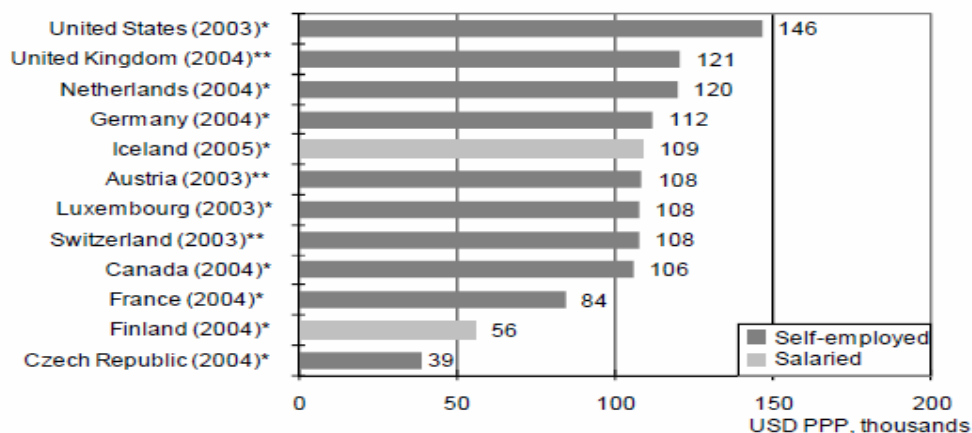
⁵ ordonnances de 1945 : les médecins sont écartés des négociations, allumant leur opposition au projet d'Ambroise Croizat, Ministre du Travail du gouvernement Daladier

⁶ chiffres du BNC, source CARMF,
<http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/Stats/2013/bnc2011.htm>

(Union Nationale des associations agréées)⁷ donne pour 2012 : 79 964€ annuels moyens pour les tous les libéraux (sans distinction généralistes ou spécialistes).

Ces niveaux sont en tout cas bien inférieurs à la rémunération de nos voisins européens. Une étude de l'OCDE publiée en 2008 donnait dans le tableau suivant des comparaisons sur des données recueillies en 2004, déjà éloquentes : la France avant dernière pour la rémunération des médecins généralistes.

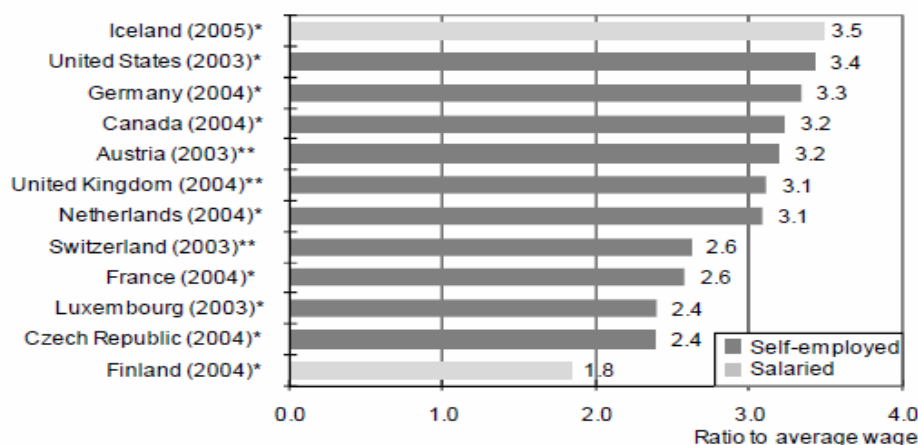
Remuneration of GPs in USD PPP, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



Graphique 2: Rémunération des médecins généralistes en US\$ et parité de pouvoir d'achat dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche disponible (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05).

En fonction du salaire moyen gagné, on retrouve la France en position moyenne avec des revenus des médecins généralistes à 2,6 fois le salaire moyen, ce qui reste inférieur aux autres pays de l'OCDE (voir tableau suivant)

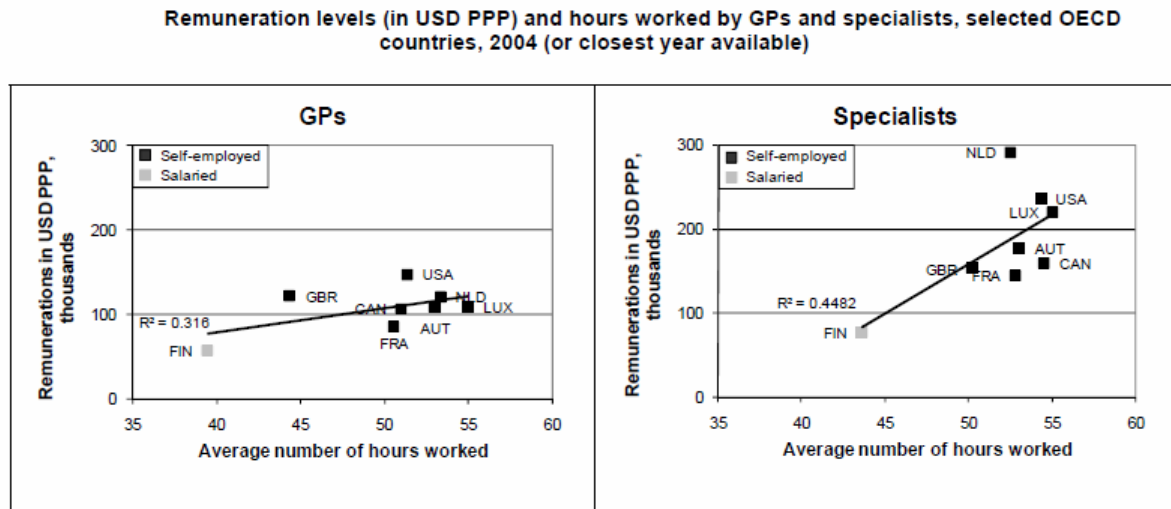
Remuneration of GPs as ratio to average wage, selected OECD countries, 2004 (or closest year available)



Graphique 3: Rémunération des médecins généralistes en ratio du salaire moyen, dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05).

⁷ regroupant 75 AGA – Associations de gestion agréées, auditant la comptabilité des médecins inscrits

D'autant que les médecins français travaillent relativement plus que leurs collègues européens (57h hebdomadaires en moyenne, source DREES 2008). Cette même étude de l'OCDE met en corrélation rémunération et nombre d'heures hebdomadaires travaillées, montrant qu'en France les médecins travaillent plus pour être moins bien payés.



Graphique 4: Niveaux de rémunération (en US\$, PPP) et charge de travail hebdomadaire pour les médecins généralistes et spécialistes, dans certains pays de l'OCDE, données 2004, ou année la plus proche (Source: OECD Health Data 2007 and for the US, Community Tracking Study Physician Survey, 2004-05)

1.6 La rémunération : une réponse aux transformations de santé ?

Par ailleurs, comme dit, la rémunération est une question structurante en soi du système de soins, de l'offre et de la possibilité des moyens mis en œuvre par les médecins pour soigner la population.

Et ce d'autant plus que des métamorphoses sont à l'œuvre. La transition démographique est terminée : la vie s'allonge, avec une natalité modeste. Une part non négligeable de la population vieillit, et longtemps : 17,5% de la population totale a plus de 65 ans, et un peu plus de 30% d'entre eux ont plus de 80 ans (chiffres INSEE au 1^{er} janvier 2013)⁸. Les maladies chroniques ainsi que les problèmes liés au handicap et à la dépendance s'accroissent.

L'évolution économique et financière, les nouveaux modèles d'entreprise et la modification de l'organisation du travail font émerger des pathologies d'exposition, d'usure, et psychiques avec une morbi mortalité grandissante : majoration des maladies professionnelles, naissance des consultations de souffrance au travail⁹, émergence des suicides sur le lieu de travail.

⁸ (http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm).

⁹ 1^{ère} consultation à la Maison de Nanterre par Marie Pezé, psychologue clinicienne, en 1997

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication modifient le travail, les rapports d'équipe, la circulation de données sur la santé, les questions posées au médecin par les patients. Le temps laissé à la décision se réduit. La modification des territoires, leur (dé)peuplement changent la donne.

Autant de données qui influent sur la santé des populations. Accusé de favoriser des soins curatifs alors que les demandes s'orientent vers plus de prévention et de suivi, le paiement à l'acte subit une forte pression. Le panachage est déjà une réalité, puisque de multiples forfaits existent (forfait de suivi « affection longue durée », forfait par patient suivi de 5€ etc). Quelle sera la source des transformations nécessaires ? Un renversement profond du mode rémunération ?

2. L'ENJEU DE LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

En tout cas, l'atténuation de la part du paiement à l'acte dans la rémunération est d'abord pensée comme un outil de maîtrise des dépenses de santé : la ROSP augmente d'abord paradoxalement les revenus, mais doit favoriser des attitudes médicales faisant faire des économies, comme les « incitations monétaires » utilisées dans les autres domaines.

Comment cela s'est-il justifié ? Par le poids d'un système de santé solidaire dont les recettes ont diminué au cours du temps.

2.1 La santé : un mammoth

Le « poids » du système sanitaire c'est d'abord le volume de tous les professionnels engagés et des infrastructures concernées. Il est loin d'être négligeable. Ce sont 211 820 médecins, dont 46,8% de médecins généralistes ; 552 908 infirmier(e)s ; plus de 70 000 masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens etc. et 3543 établissements sanitaires publics ou privés. (source DREES 2013) ¹⁰.

Le « poids » de la santé c'est aussi celui qu'il représente pour les citoyens : maladie, handicap, accès aux soins etc. Une préoccupation majeure s'il en est, parfois un grand

¹⁰ Sicart Daniel 2013, « Les médecins au 1er janvier 2013 », Document de travail, Série statistiques, n° 179, avril 2013. Du même auteur « Les professions de santé au 1er janvier 2013 », Document de travail, Série Statistiques, n° 183, août 2013

investissement personnel ou le synonyme d'une tragédie modifiant une trajectoire de vie. Et sur le terrain, la santé est un douloureux reste à charge (RAC) en augmentation.¹¹

A titre d'illustration encore, en 2012, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)¹² s'est élevée à 186,3 milliards d'euros, soit 9% du Produit Intérieur Brut (PIB) (source DREES).

Le poids de la santé ? Les systèmes médiatiques ne s'en sont d'ailleurs pas trompés : source d'inquiétudes et de peurs, c'est également un sujet majeur pour ce 4^{ème} pouvoir.

Pour l'Etat, la santé est une administration des plus lourdes, comprendre coûteuses. Le système solidaire de l'Assurance Maladie est régulièrement pointé comme un gouffre au sens financier du terme. L'aggravation du contexte économique agit en loupe et focalise sur la santé comme un des plus gros postes de dépenses. -5,9 milliards d'euros : c'est le solde négatif des comptes de la branche maladie du régime général de la Sécurité Sociale en 2012.¹³

Mais le poids du système de santé n'explique pas à lui seul la nécessité d'une maîtrise. La particularité en France vient d'un système socialisé, construit historiquement et faisant coexister un financement par cotisations et une liberté d'action des acteurs au niveau décentralisé (liberté de choix du professionnel de santé, liberté d'installation etc.)

2.2 Un système socialisé

En effet, créée sur les principes du Conseil National de La Résistance, la Sécurité Sociale est financée par les cotisations issues du travail et des contributions (CSG, CRDS). Prenant le relais des mutuelles de corporations privées, elle assurait alors les périodes d'arrêt de travail par des indemnités journalières. Puis, plus de soins ont été pris en charge selon les risques, avec remboursement en nature ou espèces, à un taux initial de 80%.

¹¹ L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé en dresse une carte de France et des chiffres : <http://www.leciss.org/espace-presse/actualite/C3%A9s/cr%C3%A9ation-de-lobservatoire-citoyen-des-restes-%C3%A0-charge-en-sant%C3%A9> également UFC Que choisir : reste à charge de 41,9 milliards d'euros fin 2011 (UFC Que Choisir, communiqué du 29 septembre 2011).

¹² La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est l'agrégat comptabilisant les dépenses engagées pour la santé (soins hospitaliers, les soins ambulatoires, la consommation de médicaments, les transports sanitaires et les autres biens médicaux -prothèses, optique, petit matériel, pansements etc)

¹³ (<http://www.economie.gouv.fr/regime-general-securite-sociale-deficit-en-recul-en-2012>)

2.3 Rationaliser : une préoccupation originelle

La Sécurité Sociale est rapidement préoccupée par son équilibre financier et l'inflation possible des dépenses dues aux actes des prescripteurs. C'est dans cette préoccupation qu'il faut comprendre la signature de la 1^{ère} **convention nationale** le 28 octobre 1971 entre la CSMF et la Sécurité Sociale. Cette convention a fixé un tarif national de la consultation, base unique du remboursement. La Sécurité Sociale l'a justifié par un « souci d'égal accès aux soins », mais fixer le tarif au niveau national a été aussi une limitation d'ordre économique.¹⁴

La mise en place du « numerus clausus » (nombre d'étudiants admis à passer en 2^{ème} année des études médicales) en 1971 est une première mesure de maîtrise des dépenses, par la diminution de « l'offre » sur un « marché » où la demande est considérée comme « induite ». Initialement à 8588, il ne diminue qu'à partir de 1978, aidé en cela paradoxalement par les médecins eux-mêmes, interprétant leur augmentation en nombre en perte de leurs propres revenus (Déplaudé, 2007). Plongeant à 3500 en 1993, il n'est relevé que dans les années 2000, après une prise de conscience tardive de la forte inertie sur les effets démographiques de ce genre de mesure.

2.4 Les stratégies de maîtrise des dépenses

La période est encore faste au niveau économique jusqu'au début des années 1980. La France baigne dans les 30 glorieuses, le plein emploi est là, et les cotisations aussi. Mais le chômage s'installe dans l'hexagone, induisant une baisse qui va s'avérer continue des recettes pouvant financer la Sécurité Sociale. Le thème de la maîtrise des dépenses comme solution à ce problème de recettes s'affirme progressivement, dépassant les clivages politiques habituels. Des stratégies de maîtrise à grande échelle se développent alors. On peut les interpréter sur le plan de leurs supports : outils conventionnels, outils législatifs. Ou sur le plan de leurs principes : maîtrise de l'offre, maîtrise médicalisée des dépenses.

¹⁴ Contournant la représentation syndicale habituelle (en la personne morale de la CSMF, seul syndicat aux manettes jusqu'en 1971), l'Assurance Maladie fait alors signer des sortes de contrats individuels aux médecins, aboutissant parfois à des conventions-type départementales. La CSMF, un peu contrainte, signe alors en 1971 sous peine d'un désaveu de sa base sur le terrain.

2.4.1 La maîtrise de l'offre : une stratégie plutôt conventionnelle

En effet, comme le dit Anne-Sophie Ginon : les « conventions sont ainsi devenues l'outil privilégié de la politique de maîtrise médicale et financière des dépenses de santé »¹⁵. C'est à travers elles qu'on maîtrise l'« offre ».

Un premier axe est la régulation des revenus des « offreurs » (**cf 1.4 En France : la bataille de la rémunération**) en permettant un libre tarif de la consultation ou en le fixant.

Un deuxième axe est la régulation par la démographie médicale : le NC (outil législatif, voir plus haut), et le MICA (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) introduit entre 1998 et 2003 pour favoriser le départ des médecins en retraite et donc diminuer le nombre de praticiens en activité.

Enfin, le troisième axe est la régulation de l'offre par son contenu, en l'orientant par le mode de rémunération: de nombreux forfaits sont établis pour valoriser le suivi, la coordination etc. C'est surtout l'**Option Médecin Référent (OMR)** qui constitue la plus importante avancée en la matière. Négociée en 1997, elle consacre une part non négligeable de capitation et s'additionne à la rémunération à l'acte. Elle devait permettre d'infléchir les effets négatifs inflationnistes imputés au paiement à l'acte, rétribuer correctement les fonctions de soins non directement curatifs (et donc les inciter) et de réguler l'accès aux consultations spécialistes directes puisque le généraliste devient le médecin de premier recours. Elle est liquidée en 2004.

2.4.2 La maîtrise « comptable », une stratégie plutôt législative

Elle concerne par exemple l'ensemble des mesures destinées à diminuer le remboursement par la sécurité sociale. Il s'agit de la fixation des prix (médicaments, matériel etc.), de la fixation du taux de remboursement (et l'apparition d'un ticket modérateur), de l'ajustement des marges de distribution pour les pharmaciens et de l'instauration de nouveaux instruments de régulation comme la fixation des « affections de longue durée », la substitution en génériques, la mise en place des franchises, du forfait hospitalier etc.

¹⁵ Ginon AS, *Le jeu du conventionnement : effets paradoxaux et difficultés juridiques*, Journal d'économie médicale, 2009, Vol. 27, n° 4, p. 211-221

2.4.3 Le « tournant » : la maîtrise médicalisée des dépenses

Mais la maîtrise des dépenses par les stratégies de maîtrise de l'offre est pratiquement inefficace, le jeu du conventionnement étant sujet à allers-retours incessants suivant les alliances, les forces en présence. (Par ailleurs, les stratégies de « maîtrise de la demande » sont principalement comptables, cf ci-dessus ; ou promotionnelles¹⁶)

C'est ainsi que les tutelles se tournent vers la **maîtrise médicalisée des dépenses de santé**, un virage datant de 1993 (Arliaud, Robelet, 2000): il s'agit de combiner des problématiques de qualité des soins et de coût des soins. Elle se forge en opposition à la logique de maîtrise strictement « comptable ».

2.4.3.1 Hétérogénéité, qualité et EBM

Comment expliquer ce tournant de la « maîtrise médicalisée » des dépenses ?

En fait, la réflexion sur la qualité des soins fait notamment ressortir l'extraordinaire hétérogénéité des pratiques (Kerleau, 1998). Ces variations sont étudiées depuis longtemps par les anglo saxons, autant sur de grandes (Vayda, 1973) que sur de petites zones géographiques (Wennberg et Gittelsohn, 1973). L'interprétation n'est pas univoque : problème d'incertitude en soi? Ou simple diversité de « style » ? Pour les gestionnaires, peu importe la réponse. Monique Kerleau dit : « C'est à partir de ce constat de différences dans les pratiques professionnelles, inexplicables d'un point de vue médical, que se formalise aujourd'hui, par le jeu d'un glissement du type « ce qui est inexplicé est injustifié », la conception normative sous-jacente aux politiques de maîtrise des dépenses de santé. Optimiser l'allocation des ressources dédiées à la santé suppose de chasser les « mauvaises » pratiques, c'est-à-dire les prescriptions et actions non appropriées ou non nécessaires, génératrices d'un gaspillage de ressources »¹⁷.

Assimiler l'hétérogénéité des pratiques à une mauvaise qualité des soins et à un surcoût contre-solidaire fait le lit idéologique de la maîtrise « par les médecins » de leur « comportement ».

S'ajoutent bientôt certains scandales sanitaires, poussant les tutelles à s'emparer rapidement de la question de qualité et de la sécurité des soins. Enfin, l'émergence de l'Evidence Based Medicine (EBM) crée un nouveau paradigme hégémonique de la décision médicale que nul ne peut plus

¹⁶ on ne peut que retenir les publicités vantant la parcimonie pour les antibiotiques et leur fameux « les antibiotiques, c'est pas automatique. », lancement campagne hiver 2001, réduction 25% de la consommation d'antibiotiques entre octobre et mars entre 2000 et 2007 <http://sciences.blog.lemonde.fr/2009/06/02/les-antibiotiques-cest-pas-automatique-une-campagne-efficace/>

¹⁷ Kerleau, Monique (1998) L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé. *Sciences sociales et santé*, Volume 16, n°4, pp. 5-34

ignorer et qui consacre une nouvelle conception de la preuve en médecine, utilisant la statistique et l'épidémiologie pour asseoir des bases de décisions thérapeutiques et faire la chasse aux variations de pratiques non justifiées médicalement.

Le médecin est donc encore au cœur de l'expertise de soins ; le dogme de la maîtrise médicalisée dit qu'il peut réduire les inégalités de soins, contribuer à la qualité en modifiant ses pratiques et que ce faisant, les dépenses seront moindres. Il faut alors soit l'inciter (monétairement) à le faire, soit le sanctionner pour qu'il s'y plie.

2.4.3.2. Les outils de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Ces outils seront à la fois conventionnels et législatifs, marquant alors le grand retour de l'Etat comme force décisionnelle avec laquelle il faut désormais composer.

La loi Teulade du 4 janvier 1993, adoptée ensuite dans la 6^e convention nationale le 21 octobre 1993 fixe pour la première fois des objectifs quantifiés nationaux (OQN) de dépenses et fait adopter les références médicales opposables (RMO) précisant le type de prescriptions inutiles ou dangereuses que les médecins s'engageaient conventionnellement à suivre sous peine de sanctions.

Ce fut ensuite les ordonnances de 1996, dites « ordonnances Juppé », qui fixèrent une enveloppe globale annuelle et le fameux Objectif National de Dépenses de L'Assurance Maladie (ONDAM). Théoriquement si l'enveloppe annuelle n'était entièrement dépensée, le surplus devait être redistribué ; par ailleurs, si l'ONDAM n'était pas respecté, il devait y avoir des sanctions individuelles et collectives. Ce ne fut jamais appliqué (rejet par le Conseil Constitutionnel en 1998)

Après les ordonnances Juppé, la maîtrise médicalisée dessine 2 voies (Arliaud, Robelet, 2000) : 1) l'une est basée sur une **logique de segmentation professionnelle** avec des outils propres à chaque segment « objectivant les conflits d'intérêts économiques entre les médecins ».

2) l'autre recherche de **nouvelles modalités de régulation du système de soins**.

On voit clairement ces 2 voies à l'œuvre dans la loi du 6 mars 2002 faisant suite au « Grenelle de la santé », loi « portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé

libérales et les organismes d'assurance maladie » : la convention nationale est alors définie comme une composante tridimensionnelle entre un accord cadre interprofessionnel (socle conventionnel habituel), des conventions sectorielles (logique de segmentation professionnelle) et des outils de contractualisation individuels ou collectifs (nouvelles modalités de régulation). Ces derniers regroupent notamment les Accords pour Bon Usage des Soins (AcBUS) ou les contrats de bonne pratique.

Ainsi, la ROSP s'inscrit dans la lignée des outils de maîtrise médicalisée des dépenses, combinaison idéologique de qualité et maîtrise des coûts sur fond de réduction de l'hétérogénéité des pratiques appuyée par l'EBM.

Une autre facette de cette ROSP, par les indicateurs qu'elle utilise, est la facette « méthode d'évaluation ». Elle doit donc une part de sa naissance à l'émergence de ce procédé depuis le début des années 1990, et à son application dans l'action publique à partir des années 2000.

3. L'EMERGENCE DE L'EVALUATION ET LE NOUVEAU PARADIGME DE LA PERFORMANCE DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

3.1 L'évaluation : un outil industriel

« Evaluation » : la définition usuelle est « Action de déterminer la valeur de quelque chose ». Son sens s'est modifié, depuis que le secteur privé l'utilise comme outil managérial et depuis que le secteur public l'utilise comme un outil obligatoire des politiques publiques.

En effet, l'outil d'évaluation est développé dans le privé pour motiver des changements de comportements et/ou de procédures parmi les salariés d'une entreprise privée. Pour le secteur privé, le principal reste la compétitivité et la rentabilité : baisser les coûts, vendre. Une façon d'y arriver est de détecter les défauts, les process gourmands en temps ou en énergie, les postes à pertes par une « évaluation ». Cette évaluation est interne donc ; mais également externe : il s'agit de détecter ailleurs (parmi les autres entreprises) les recettes de la réussite pour pouvoir les

transposer. « Evaluer dans une optique concurrentielle pour s'améliorer », c'est la traduction du « **benchmarking** »¹⁸.

De nouveaux « objectifs » (ou « benchmarks », repères) sont alors définis, en général chiffrés. Les salariés sont tenus de les atteindre par un double système :

1) un encouragement direct sonnante et trébuchant par primes en fonction de la réalisation des objectifs. (Théorie des incitations dans le cadre des théories économiques orthodoxes, consacrant l'*Homo oeconomicus* dans une relation Principal-Agent)

2) d'autre part un encouragement indirect par concurrence inter individuelle et engagement subjectif dû au désir de ne pas s'exclure : c'est l'« enrôlement des puissances salariales »¹⁹. Pour Christophe Dejours, c'est le désir de reconnaissance et la « peur de la solitude » qui peut créer cet enrôlement²⁰.

Cette méthode a fleuri grâce aux performances des entreprises anglo-saxonnes qui en ont fait leur moteur dans les années 1990. Elle reste une méthode de baisse des coûts ; un glissement syntaxique a permis de la rebaptiser méthode d'« amélioration de la qualité ».

3.2 L'évaluation dans les services de l'Etat : 2001, le NMP et la performance

La modernisation de l'action publique est le leitmotiv des tutelles depuis quelques années. Comme le Commissariat au Plan le faisait après la 2^{ème} Guerre Mondiale, les tutelles ont fait de l'observation étrangère (Angleterre, Etats-Unis), qu'on peut rapprocher d'un « benchmarking », une source d'inspiration certaine. Ainsi est importé le *New Public Management*.

Ce nouveau « management » public passe par l'extension des principes de l'évaluation du secteur privé vers le domaine de l'Etat : ce changement de paradigme s'appuie en 2001 sur le vote de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF). Cette sorte de constitution financière rompt avec le dispositif budgétaire établi par l'ordonnance du 2 janvier 1959 : elle avait pour objectif principal de redonner au Parlement les pouvoirs de décision des budgets des politiques publiques.

La LOLF impose la définition de missions, traduites en pratique en programmes, qui sont budgétisées « au premier euro » : chaque crédit est précisément fléché. Mais comment flécher ? L'action publique est évaluée au long cours par des indicateurs, choisis en fonction des objectifs

¹⁸ Isabelle Bruno, Emmanuel Didier.2013 «L'évaluation, arme de destruction», *Le Monde Diplomatique*, Mai, p.3

¹⁹ Frederic Lordon, Capitalisme, désir et servitude. Marx et Spinoza, La Fabrique, Paris, 2010

²⁰ *Travail vivant 2 : travail et émancipation*, éd. Petite bibliothèque Payot, Paris 2012, 257p

des différents programmes. Remplir les indicateurs, les réaliser, justifie le programme, donc la mission, donc les crédits.

La notion de « performance » devient donc le juge de paix de l'attribution budgétaire et donc le mode de fonctionnement des services d'Etat et administrations publiques. Elle se base sur l'évaluation *ex post*, ce que résumait I.Galdemar, L.Gilles et M-O.Simon²¹ : « Avec cette loi, l'Etat est passé d'une logique de moyens à une logique de résultats ».

La LOLF est entrée en vigueur à partir du 1er janvier 2006 et régit donc la gestion des administrations : elle fait part explicitement de la « performance » comme principe de gestion des dépenses publiques²². La performance, c'est pour Angélique Del Rey²³ la « chanson des 3E » : *efficacité* (spend less), *efficience* (spend well) et *équité* (spend wise).

Les pratiques d'évaluation et les notions de performance se généralisent dans les administrations d'Etat. Le Conseil d'Analyse Economique publie un rapport en 2007, présenté au Ministre délégué au Budget et à la Réforme de l'Etat, où il est question de « l'importance de l'évaluation de la qualité des services collectifs et sur l'intérêt des comparaisons internationales (*benchmarking*) (...) La France doit clairement développer sa culture et sa pratique d'expérimentation et d'évaluation pour les politiques publiques. »²⁴

En pratique : c'est ainsi que les budgets de recherche sont attribués en fonction de la productivité en nombre d'études publiées par les chercheurs. C'est également l'« amélioration de la performance » des élèves et l'évaluation des pratiques des enseignants par les contrats d'objectifs.

3.3 Les débuts : l'évaluation à l'hôpital

L'évaluation dans le secteur de la santé a progressé par le secteur hospitalier. D'abord sous une forme générique (c'est-à-dire descriptive). Dans ce cadre sont nées l'ANDEM (l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) en 1990, qui avait vocation à évaluer également les stratégies en médecine libérale ; puis l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) par les ordonnances de 1996. Ces agences d'évaluation ont développé une méthodologie d'évaluation des structures hospitalières

²¹ Performance, efficacité, efficience : les critères d'évaluations des politiques sociales sont-ils pertinents ? Cahier de recherche CREDOC, décembre 2012, 80p [<http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C299.pdf>]

²² <http://www.finances.gouv.fr/lolf/4clics/clic3.htm>

²³ Angélique Del Rey *La tyrannie évaluation*, La Découverte, Paris, 2013, 145p.

²⁴ Bureau D., Mougeot M. « Performance, incitations et gestion publique », rapport CAE 2007

(accréditation) et des bonnes pratiques (référentiels). Mais ces démarches n'avaient que peu de conséquence budgétaire.

L'évaluation dans le sens du *nouveau management public* se voit dans la pratique de la T2A, tarification à l'acte, mise en place dès 2005 pour les services d'hospitalisation de court séjour, puis généralisé par la réforme Hôpital 2007 à tous les établissements (privés et publics). La T2A crédite les structures hospitalières et les différents services selon des barèmes prenant en compte les actes réalisés et leur nombre, qui doivent donc être « évalués » auparavant.

La valeur de la performance se construit facilement ensuite sur un nombre d'indicateurs déjà implantés²⁵. Aujourd'hui, la performance à l'hôpital se décline pour les activités médicales comme non médicales, et bénéficie même d'une Agence Nationale D'appui à la Performance (ANAP).

3.4 Mais en santé : Que signifie la performance ?

Néanmoins, le terme de performance appelle à une réelle définition, surtout dans le champ de la santé. Le terme est abondamment repris dans les documents, mais pourtant totalement esquivé dans les titres desdits dispositifs : le CAPI parle de qualité de pratiques individuelles, alors que la ROSP parle de santé publique.

Le « produit » du service médical rendu est assez variable pour déterminer clairement une « performance ». Performance de qui ? Pour quoi ? Le mot lui-même semble faire référence à un résultat d'excellence, comme dans le domaine sportif ; mais intègre également le niveau de ressources déployées pour ce résultat, soit plus trivialement un rapport « coût-efficacité ».

Pour certains économistes, la performance se décline comme suit :

Graphique 5: Les différents aspects de la performance (source Ammi, 2011, fig.6 p203)

²⁵ la T2A a utilisé le PMSI, le Programme médicalisé des systèmes d'information, qui codait tous les actes, diagnostics, et traitements par une clé lettre-chiffre

La performance contient la qualité ET l'efficience, la qualité étant la qualité des structures de soins, la qualité des processus de soins, et la qualité des résultats obtenus. On ne sait trop quelle relation s'établit réellement entre qualité et efficience : y-a-t'il qualité par l'efficience, ou bien efficience par la qualité... ? Et jusqu'à quel point peut-on établir ce lien... ?

On peut essayer de reprendre les termes d'efficacité, d'efficience et d'équité qui déterminent la performance selon les institutions pour les politiques publiques pour essayer de les appliquer en santé. Efficacité : dépenser moins, soit un objectif comptable. Efficience : dépenser bien, soit un objectif de pertinence, ce qui est très sujet à caution et pose la question de la hiérarchie des « pertinences ». Le terme d'équité porte aussi à discussion : est-ce dépenser de manière solidaire ? Progressive ? Egale ?

Enfin, on peut reprendre les termes des documents des annonces légales du journal officiel concernant le CAPI et la ROSP pour essayer d'y voir plus clair. Aucune définition réelle de la performance n'est explicite, on lit que « La rémunération à la performance est versée en fonction d'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience (...) » , ou que « la rémunération à la performance valorise de plus l'engagement des médecins traitants dans la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions » et enfin que « Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques. »

La coexistence des termes de qualité et d'efficience fait selon nous référence aux mêmes idéologies qui ont présidé à la « maîtrise médicalisée des dépenses ». Mais quel changement réel recouvre la nouvelle terminologie de « performance » en comparaison à la « maîtrise médicalisée » ? Est-ce simplement une intensification ?

La performance en santé n'est donc pas une conception totalement univoque. Jusqu'où peut-on pousser une « performance » en santé ?

La ROSP est donc à la croisée des chemins entre : des réflexions sur les modes de rémunération comme moteurs des contenus en soins et des attitudes des praticiens avec une intégration de la théorie économique standard; des idéologies sur la qualité des soins, l'hétérogénéité des pratiques ; des transformations des demandes de santé; des recherches sur les stratégies de maîtrise médicalisée des dépenses socialisées de santé ; et une progression métrologique issue de la combinaison entre évaluation et performance dans le schéma des transfigurations de l'action publique. Et à ce compte, on ne peut que reprendre Géraldine Bloy et Laurent Rigal (2012), quand ils énoncent : « D'incitations diffuses, mais cohérentes, visant à orienter les pratiques de soins des généralistes libéraux, nous sommes donc passés avec le CAPI, les eNMR, et la rémunération à la performance de la nouvelle convention, à des dispositifs qui

lient précisément mesure d'indicateurs/évaluation de la performance/récompense des praticiens selon leurs résultats. (...) au point que nous proposons de parler d'un second «grand tournant» de la médecine libérale (Hatzfeld, 1963). »

4. LA ROSP EST NEE...

La ROSP est donc née dans ce cadre de progression idéologique de la logique concurrentielle de résultats appliquée aux administrations, entre évaluation et performance et sur le terrain de relations historiquement contentieuses entre médecins et Assurance Maladie centrées sur les revenus.

L'urgence donnée à voir des transformations à opérer (populations à soigner, pathologies, problèmes de déserts médicaux etc.) est exacerbée par l'agitation du drapeau rouge économique: la mise en place est « attendue » et préparée... à partir de transpositions étrangères...mais avec des spécificités françaises.

4.1 Les exemples étrangers

4.1.1 En Angleterre

Le modèle a été imposé en Angleterre depuis avril 2004. C'est le **Quality and Outcomes Frameworks (QOF)**. Le système de soins primaires y est basé sur des cliniques de médecine générale, structures pluriprofessionnelles regroupant des médecins, infirmiers, personnel médico-administratif. Le mode de rémunération s'appuyait principalement sur un forfait de base (coût fixe de la pratique) et sur une capitation (somme annuelle en fonction du nombre de patients et de leur âge). Il existait déjà des rémunérations en fonction de «cibles» atteintes, notamment pour le dépistage ou la vaccination (*target payments*).

En 2003, une réforme de la capitation intervient : une rémunération en fonction de la maîtrise des « soins secondaires » (soins hospitaliers) est instaurée. (*practice-based commissioning*). Mais les pouvoirs publics en Angleterre poursuivent des objectifs spécifiques : ils veulent améliorer sur le terrain l'accès aux soins et augmenter substantiellement la part des dépenses publiques liées à la santé.

En 2004, le National Health Service (NHS) et la British Medical Association (BMA) réforment de nouveau: une « prime » est accordée selon des objectifs chiffrés et non chiffrés. Elle est basée sur le **volontariat** : seule une minorité de médecins y renoncent. Ces objectifs sont fixés à partir de recommandations. Il y a 4 catégories d'indicateurs : **clinique** (80 indicateurs), **organisationnelle** (43 indicateurs), **expérience vécue par le patient** (4 indicateurs) et **services supplémentaires** (8 indicateurs) soit **135 indicateurs**. La réalisation des objectifs donne des points, avec maximum de 1000. Les indicateurs de qualité « clinique » ont le poids le plus important. Les points sont transformés en livres, suivant un coefficient ajusté en fonction de la taille de la patientèle, et de la prévalence de certaines pathologies. Les médecins anglais ont la possibilité de pratiquer l'« *exception reporting* », c'est-à-dire d'exclure certains patients des données déclarées, en fonction de critères prédéfinis (patients en stade palliatif de cancer, patients présentant des effets secondaires connus ou des contre-indications à certains traitements etc.). Le tableau page suivante donne les indicateurs actuels (utilisés d'avril 2012 à mars 2013), qui sont maintenant au nombre de 148 pour un total toujours à 1000 points. (source hscic.gov.uk)

Domain	Indicator Group	Number of Indicators	Number of Points
Clinical	Asthma	4	45
	Atrial Fibrillation (AF)	4	27
	Cancer	2	11
	Cardiovascular Disease - Primary Prevention (PP)	2	13
	Chronic Kidney Disease (CKD)	5	36
	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)	5	30
	Dementia (DEM)	3	26
	Depression (DEP)	3	31
	Diabetes Mellitus (DM)	15	88
	Epilepsy	4	14
	Heart Failure (HF)	4	29
	Hypertension (BP)	3	69
	Hypothyroidism	2	7
	Learning Disabilities (LD)	2	7
	Mental Health (MH)	10	40
	Obesity (OB)	1	8
	Osteoporosis : secondary prevention of fragility fractures (OST)	3	9
	Palliative Care (PC)	2	6
	Peripheral Arterial Disease (PAD)	4	9
	Secondary prevention of coronary heart disease (CHD)	7	69
Smoking	4	73	
Stroke and Transient Ischaemic Attack (TIA)	7	22	
Clinical Total		96	669
Organisational	Education and Training	7	28
	Information for Patients	1	2
	Medicines Management	8	36
	Practice Management	7	13.5
	Quality and Productivity	9	99.5
	Records and Information	10	75
Organisational Total		42	254
Patient Experience	Length of Consultations	1	33
Patient Experience Total		1	33
Additional Services	Cervical Screening	4	22
	Child Health Surveillance (CHS)	1	6
	Contraception	3	10
	Maternity Services (MAT)	1	6
Additional Services Total		9	44
Total		148	1,000

Copyright © 2013, Health and Social Care Information Centre. All rights reserved.

Tableau 2: Détail des points indicateurs et du QOF (données 2012/2013), source HSCI

4.1.2. Aux Etats-Unis

Le paiement à la performance intervient à plusieurs niveaux, le système de rémunération étant plus complexe, dans un tissu sanitaire très décentralisé. Les assurances privées y jouent depuis longtemps un grand rôle. Le gouvernement fournit une sécurité sociale

uniquement pour les plus démunis (*Medicaid*) et les plus âgés (*Medicare*), soit 25% de la population.

La rémunération est variée : paiement à l'acte, paiement à la capitation par des *Managed Care Organizations (MCO)*, intéressement financier en fonction des profits boursiers de ces groupes ou des assurances desquelles ils dépendent, salariat au sein des *Health Management Organizations (HMO)*, véritables réseaux de soins assurantiels.

C'est aux Etats-Unis que la révolution du *managed care* commence, c'est-à-dire du « soins géré » : les parcours de soins sont imposés et les pratiques médicales contrôlées a priori ou a posteriori. Décriée par les professionnels ou les patients, cette révolution du managed care a laissé des traces.

Les programmes de paiement à la performance sont donc omniprésents, dans les HMO's ou les autres assureurs privés. Un des plus importants est celui mis en place en Californie : *Integrated healthcare association California payment for performance (IHA)*. Les programmes gouvernementaux comportent aussi du paiement à la performance, entériné au niveau législatif²⁶ et actif d'abord dans le secteur hospitalier. Dans tous ces programmes, et comme au Royaume Uni, les indicateurs sont nombreux. Ils s'attachent à la prescription, à la sécurité et à l'efficacité des soins, à la satisfaction des patients, à l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Ce type de paiement est aussi à l'œuvre au Canada, Australie, Israël et en Europe aux Pays-Bas, en Allemagne.

4.2 En France

4.2.1 La phase préparatoire

En 2007, la Sécurité Sociale est sur la liste des administrations à redresser par la performance. Le président délégué du Conseil d'Analyse Economique le dit sous ces termes²⁷ : « *Quel que soit le degré effectif de déconcentration ou de décentralisation, il faut mettre en place un système d'incitation et d'intéressement des personnels qui aille dans le sens d'une efficacité accrue du secteur public, qu'il s'agisse de l'État, des collectivités locales ou de la Sécurité sociale.* »

²⁶ Medicare, Medicaid and SCHIP benefits improvement and protection act, 2000 et Medicare prescription drug, improvement and modernization act, 2003

²⁷ Bureau, Mougeot, rapport CAE 2007, op cité p.17

En juin 2008, l'IGAS publie le rapport fondateur permettant aux pouvoirs publics de commencer à réfléchir la question du paiement à la performance. Il analyse les possibilités de transposition des programmes anglo-saxons en France, et anticipe de probables freins de la part du corps médical. « Le dispositif du paiement à la performance ne pourra pas compter sur un soutien semblable à celui qu'il connaît au Royaume-Uni. »²⁸.

Ce rapport fournit des critiques sur le fond : des critiques de nature éthiques ; des critiques sur l'incomplétude en soi de la mesure de la qualité par des indicateurs (*il [le paiement à la performance, ndlr] se construit autour de ce qui est mesurable alors que l'essentiel du service rendu ne serait pas mesurable.* ») ; des critiques sur son format réducteur (« *il conduit à privilégier le médecin qui « coche les cases d'une liste d'indicateurs » (...) il conduit à une médecine centrée sur la conformité aux indicateurs au détriment de l'attention portée aux demandes spécifiques des patients.* »)

Il donne surtout les pré-requis nécessaires à l'établissement d'un tel paiement à la performance en France :

- amélioration des systèmes d'information avec implication des médecins dans la production des données contrôlées, pour maximiser leur confiance. Ceci sous entend une généralisation de logiciels adéquats
- important degré de confiance entre les médecins et les institutions mettant en place le paiement à la performance
- niveau suffisant de rémunération
- un soutien au paiement à la performance par les leaders ou les instances syndicales
- forte pertinence des indicateurs, à la fois dans l'absolu (scientifiquement parlant) et relative (perçue par le médecins)
- dispositif compréhensible et lisible

Il met en garde contre un faible nombre d'indicateurs et contre la production d'indicateurs d'efficience, qui engendre une vision « comptable » d'économie des coûts et non une vision « sanitaire ». Il préconise la « stratégie des petits pas » pour la mise en place, c'est-à-dire l'acclimatation des acteurs à ce type de paiement par la multiplication de « mini dispositifs » semblables. Enfin, le rapport insiste sur une mission de « bilan » sur le terrain

²⁸ Bras PL., Duhamel G, Rémunérer les médecins selon leurs performances : le enseignements des expériences étrangères *rapport IGAS*, 2008 65p

hexagonal pour établir les zones de frein, faiblesse ou les points à travailler, du type du projet COMPAQH établi pour le secteur hospitalier.

Au niveau législatif, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 (**art L162-12-21**) prévoit d'ouvrir les types de rémunération pouvant compléter la rémunération à l'acte, suivant des contrats individuels établis entre les médecins et les missions régionales de santé (MRS). Le projet de loi annonce clairement à l'article 44 qu'« il pourra être expérimenté, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour cinq ans de nouveaux modes de rémunération [NMR, ndlr] des professionnels et des centres de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant sur le fondement d'une évaluation quantitative ou qualitative de leur activité. »

4.2.2 La phase expérimentale

Finalement, la mise en place d'un paiement à la performance se fait sans les pré-requis. Dans cet esprit apparaissent en 2009 les CAPI, Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles, dont la signature est volontaire, entre les médecins généralistes qui le souhaitent et la Sécurité Sociale²⁹. Le CAPI, signé pour 3 ans avec possibilité de sortir du dispositif, fixe des objectifs annuels, donnant droit à rémunération s'ils sont atteints, en fonction du volume de la patientèle (**annexe IV**). Entre 13000 et 15000 médecins le signent³⁰ (seulement 2/3 d'entre eux ont été rémunérés, 1/3 n'ayant pas atteint les seuils rémunérateurs, avec une moyenne de 3100 euros). Mais les réactions attendues se font jour : avis défavorable du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 11 décembre 2008 (**annexe V**)³¹, désapprobation des syndicats CSMF, SML, MG France, SMG) et de l'AMEDREF.

L'Assurance Maladie retravaille alors le projet, en l'intégrant dans la convention signée le 26 juillet 2011 entre les parties représentatives sous la forme de la ROSP. Elle n'est plus à l'initiative personnelle comme le CAPI, ce que lui reprochait en partie ses détracteurs. Elle est rapidement étendue aux autres spécialités.

²⁹ contrat « d'intéressement », introduit par l'UNCAM – Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie- dans sa décision du 9 mars 2009. Publication au JORF le 21/04/2009

³⁰ médecins exerçant en libéral ou mixte au 01/01/2012 = 67704, source DREES
http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/frames/frprof_sante_lib.asp-prov=BJ-depar=BO.htm

³¹ dépôt de 3 recours en Conseil d'Etat, tous rejetés

TROISIEME SECTION : PREMIERS RESULTATS, DONNEES DE LA LITTERATURE ET PROBLEMATIQUE

1. EN FRANCE : PREMIERS RESULTATS

1.1 Concernant l'adhésion

Frederic van Rookeghem, directeur de l'UNCAM, déclarait que « 97,2% des médecins généralistes [avaient] opté pour la convention et le nouveau mode de rémunération sur objectifs. Seulement 1700 d'entre eux ont, comme c'était leur droit, refusé d'adhérer au paiement à la performance ». (in *Quotidien du Médecin*, 30 janvier 2012).

Mais ce chiffre cache une grande disparité sur le territoire national. En Finistère, le pourcentage de médecins non rémunérés s'élève à 20,2%, selon un document de la commission paritaire locale 29 du 27/06/2013 (**annexe VI**). Dans les départements du Sud-Est, l'adhésion est bien plus élevée. Nous avons tenté de récupérer les chiffres de notre région en Languedoc-Roussillon, puis modestement uniquement dans l'Hérault en nous adressant à la CPAM de Montpellier, ce qui n'a pas été possible.

1.2 Concernant les objectifs

Les évaluations actuelles ne sont faites pour l'instant que par l'organisme à l'origine du dispositif, c'est-à-dire l'organisme payeur ; les seuls chiffres que l'on peut obtenir sont en la possession de la Sécurité Sociale.

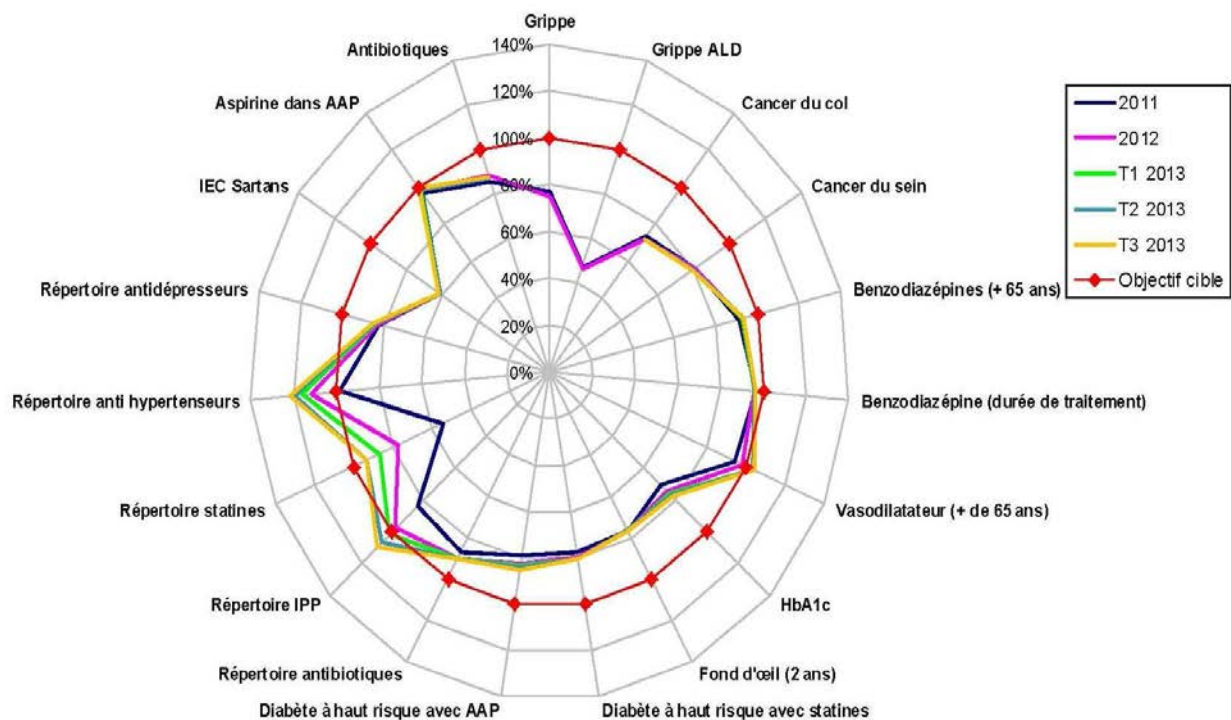
La **commission paritaire nationale de l'Assurance Maladie du 11 avril 2013** dresse les résultats. 75744 médecins (généralistes et spécialistes) perçoivent en moyenne 3746€. En prenant les généralistes (hors MEP), la rémunération moyenne s'élève à 4752€.

Le dispositif a demandé 282 millions d'euros (source CNAM- la cour des comptes pose le chiffre de 0,3 Mds d'euros dans son rapport 2012 p.42), ce qui est supérieur aux estimations de la revalorisations de 1€ de la consultation au cabinet (250 millions d'euros, selon le rapport de l'IGAS 2008).

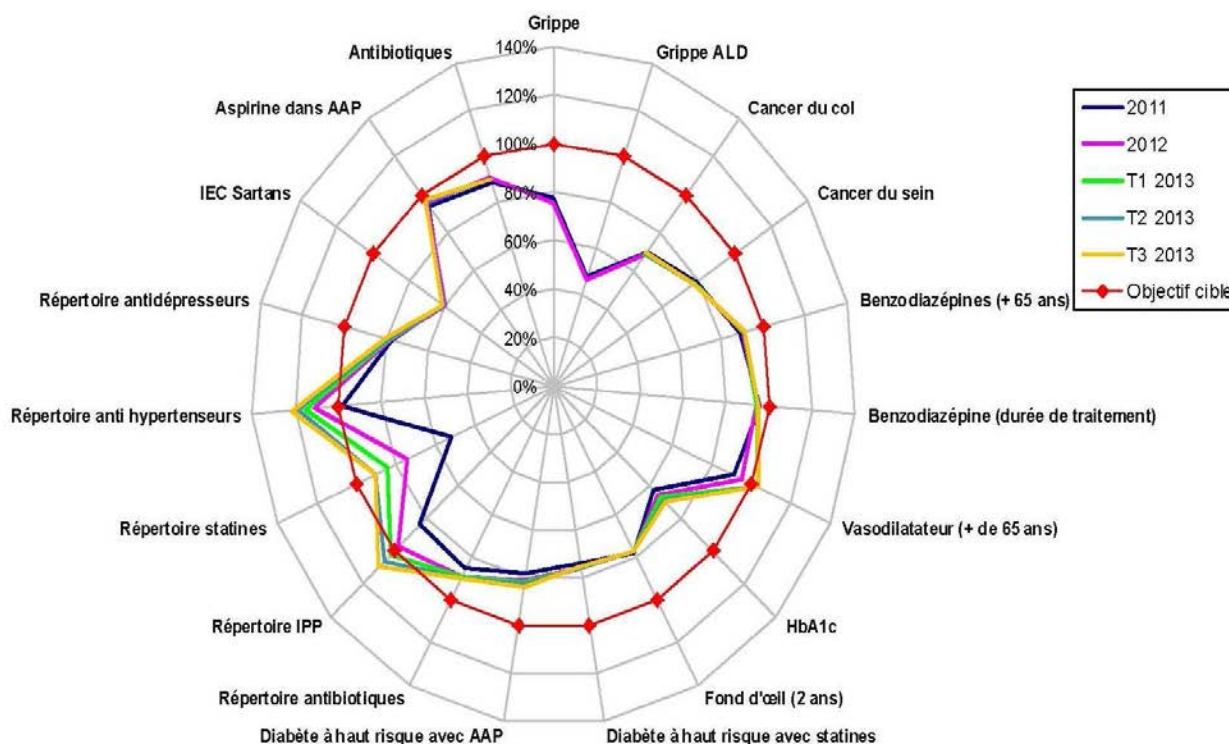
L'Assurance Maladie se félicite des résultats obtenus dans l'ensemble, qu'elle trouve très encourageants, reflétant une « meilleure prise en charge des patients » et une « amélioration des pratiques ».

Elle conclut à une modernisation des cabinets, devant une majorité de médecins généralistes qui déclarent tenir un dossier médical informatisé, faire une synthèse annuelle par patient, utiliser un logiciel certifié, ou afficher leurs horaires de consultation (de 64 à 87% des médecins généralistes suivant les items). Elle conclut à une meilleure prise en charge des patients avec la progression des prescriptions d'HBA1C (passant de 43 à 49% des diabétiques suivis), avec la progression de prescription d'aspirine (passant de 49,5% à 53,5%) et de statine (passant de 57 à 60%) chez les patients diabétiques à haut risque vasculaire. Pour les indicateurs qui doivent décroître, l'Assurance Maladie est confiante, puisque 7 % des plus de 65 sont traités par benzodiazépines à demi-vie longue.

En revanche, selon elle, des indicateurs stagnent ou régressent, comme les consultations d'ophtalmologie chez les diabétiques, la vaccination anti-grippale et les dépistages du cancer du col de l'utérus, du sein (ensemble des items de prévention). On retrouve ces résultats avec les graphiques suivants, qui synthétisent la progression depuis 2011 jusqu'au 3^{ème} trimestre 2013 (résultats nationaux et régionaux).



Graphique 6: Radar de la progression des indicateurs ROSP entre 2011 et 2013 sur la France entière (source : bases de l'Assurance Maladie [CNAMTS, DRSM du Languedoc-Roussillon, 2013])



Graphique 7: Radar de la progression des indicateurs de la ROSP entre 2011 et 2013 sur le Languedoc-Roussillon (sources : bases de l'Assurance Maladie [CNAMTS, DRSM du Languedoc-Roussillon, 2013])

En dehors de ces chiffres, la morbi mortalité n'est pas évaluée, car le dispositif est jeune. Une amélioration de la prise en charge des patients devrait diminuer à terme la morbi mortalité, au moins des patients diabétiques de type 2. En termes de santé individuelle, il n'y a pas non plus d'évaluation du confort de vie ou du bien-être, qui font partie de la définition de la santé par l'OMS.

Une analyse économique est-elle en cours ? La cour des comptes, sollicitée par voie de mail ne peut faire part de cette information (**annexes VIIa et VIIb**). Une analyse médico économique sur les coûts évités sera-t-elle lancée ?

2. POSITIONNEMENTS FACE A LA ROSP

2.1. Syndicats

Certains syndicats médicaux sont très critiques du dispositif. Le Syndicat de Médecine Générale (SMG), minoritaire et non signataire a appelé au boycott du paiement à la performance en décembre 2011 à l'issue de son 37^{ème} congrès³². La Fédération de Médecins de France (FMF)

³²

<http://www.smg-pratiques.info/Appel-au-boycott-de-la-prime-a-la.599.html>

affiche régulièrement sur son site les critiques qu'elle fait à la convention qu'elle qualifie de « pire jamais proposée aux médecins libéraux » dans son communiqué national du 21/11/2011 ; elle explique en revanche la signature de la convention comme la conséquence du principe de financement des syndicats ; la signature maintient la survie financière³³. L'Union Collégiale, syndicat qui défend notamment des MEP – MOST (médecins à exercice particulier – médecins à orientation spécifique thérapeutique), prend position contre³⁴ et dépose un recours pour annulation en conseil d'Etat dans les délais impartis. Contacté le 25 octobre 2013 par téléphone, son président le Dr Meyer SABBAH indique avoir déposé un recours sur la forme (adhésion passive) et le fond (problème déontologique) ; il estime que le recours sur la forme peut porter ses fruits, à l'instar des jugements rendus par le Conseil d'Etat sur les problèmes de reconduction tacite de contrat (**annexe VIII**).

Les syndicats de jeunes médecins généralistes, jeunes remplaçants, jeunes installés ont été contactés également. Par voie de mail, le président du SNJMG (Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes) Théo COMBES a répondu en disant que le syndicat n'avait pas donné de mot d'ordre de refus, mais restait « critique » sur les modalités du dispositif. (**annexe IX**)³⁵. Le syndicat REAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants), contacté également par mail, a répondu par la voix de son président Lucas BEURTON lors d'un entretien téléphonique le 21 novembre 2013 que le syndicat n'avait pas non plus pris de position, mais qu'il était favorable au panachage des modes de rémunération, diminuant la part du paiement à l'acte. Il insiste sur la nécessité de généraliser les nouveaux modes de rémunération (encore en expérimentation) et qu'en l'état actuel de la ROSP, les nouveaux installés pâtissaient du système (opacité des modes de calcul, faibles rémunérations)³⁶.

2.2 Instances ordinale et académique

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a émis un avis contre, émettant des commentaires relatifs à certains indicateurs³⁷. Il redit qu'il n'est pas favorable à la rémunération sur objectifs, position plus affirmée lors de l'attaque contre le CAPI. (**annexe X**) . Il s'inquiète du maintien du secret médical, donc de la transmission d'informations concernant le patient aux

³³ <http://www.fmfpro.com/communiqués-nationaux/une-signature-de-combat.html>

³⁴ <http://www.unioncollegiale.fr/web/communiqués/communiqué-127-union-collegiale-du-12-decembre.pdf>

³⁵ Recontacté pour expliciter quelles critiques sur quelles modalités, le SNJMG n'a pas donné suite.

³⁶ Etude REAGJIR sur les rémunérations des jeunes installés <http://reagjir.org/homepage/communiqués-de-presse/105-jeunes-generalistes-installes-et-remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique-un-jeu-de-hasard>

³⁷ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-de-l-ordre-sur-la-convention-1113>

caisses d'assurance maladie ; et du risque de sélection antidéontologique de patientèle en fonction d'une logique de résultats.

L'Académie de Médecine n'a fait aucune publication sur la ROSP (**annexe XIa et XIb**).

2.3 Dans les médias

Les médias spécialisés relaient l'ensemble des opinions, dans une optique non clivante.

Dans la presse généraliste nationale, le paiement à la performance est abordé de manière descriptive. Peu d'articles paraissent au moment de la signature de la convention. Sont mises en lumière les négociations fleuve de 18h entre les signataires, le point phare de la rémunération sur objectifs de santé et le problème des dépassements d'honoraires. Les articles sont plus nombreux à partir d'avril 2013, date à laquelle la commission paritaire nationale de l'Assurance Maladie a donné les premiers résultats.

La presse généraliste régionale se fait l'écho du sentiment d'opposition de certains médecins implantés localement³⁸. Dans les médias télévisés, les représentants syndicaux signataires sont présents et défendent la convention.

2.4 Des associations médicales

Certains collectifs médicaux, associatifs, font part de leur opposition. C'est le cas de l'AMDDDM, l'Association Médicale de la Défense de la Déontologie et du Droit des Malades³⁹. Contacté par voie postale puis téléphonique le 4 novembre 2013 au nom de l'association, le Dr Gérard Hassid accuse ce dispositif de contrevenir aux règles de déontologie, et d'empêcher l'indépendance du médecin en déviant ses compétences médicales vers des problématiques économiques. Le patient pourrait ainsi se poser des questions sur la prise en charge dont il bénéficie. Il insiste sur la position du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui selon lui s'est heurté aux syndicats signataires. Il fustige le mode d'entrée dans le dispositif par accord tacite. Enfin, il met en avant l'absence de contrôle des chiffres avancés par l'Assurance Maladie concernant les médecins ayant refusé, en s'appuyant sur le fait que seules les Caisses d'Assurance Maladie détiennent les données, faisant des informations des sources « verrouillées ».

³⁸ DEVIC E. *10% des médecins disent non* L'Indépendant-Perpignan 14/02/2013– BARRE J-F. *Des primes à la performance pour les médecins* La Charente Libre 14/01/2013

³⁹ association loi 1901 créée en 1990 par le Pr Milliez, regroupant des médecins hospitaliers et libéraux

2.5 Le gouvernement

Le gouvernement en place à l'époque s'exprimait comme favorable à la ROSP à la suite de la signature de la convention. « *Ce nouvel accord conventionnel, conclu pour une durée de cinq ans, constitue une avancée majeure pour les patients, la santé publique, l'accès aux soins, la revalorisation de la médecine de proximité et l'efficacité du système de santé, grâce notamment à la rénovation profonde du mode de rémunération des médecins, conformément aux engagements pris par le président de la République.* » ont déclaré dans un communiqué le ministre de la Santé et la secrétaire d'Etat à la Santé.⁴⁰

2.6 Et les patients ?

« Il peut sembler choquant de récompenser les médecins pour mieux suivre des patients diabétiques ou vacciner les personnes âgées contre la grippe, alors qu'il s'agit là d'une partie intégrante de leur travail », déclarait dans les médias Magali Leo, contact et représentante du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé)⁴¹. Pourtant, dans un communiqué de presse du 22 juin 2011, le CISS⁴², qui interprète la ROSP comme l'extension du CAPI, la qualifie de pratique plutôt « vertueuse en santé publique »

Contactée directement par téléphone le 18 octobre 2013, Magali LEO insiste sur le problème de méthode : les collectifs d'association de patients sont exclus des négociations conventionnelles. Le CISS critique cette voie conventionnelle, qui le met hors champ et pose la question de la voie législative pour un vrai débat public sur la rémunération des professionnels de santé. Sur le fond, le CISS est globalement défavorable au paiement exclusif à l'acte pour les médecins traitants, jugé délétère pour le suivi des pathologies chroniques ; la ROSP est une diversification qui va alors dans le bon sens. Magali LEO va plus loin en pointant l'importance des informations données aux usagers : en particulier dans le cas de la ROSP, pourquoi ne pas afficher les scores des médecins ? Et donner à voir aux patients quel médecin est plus impliqué dans la prévention, l'accompagnement des malades chroniques etc. Mais le CISS attend surtout de l'Assurance Maladie l'évaluation médico économique qui permettra de dire si les moyens financiers mis dans ce dispositif permettent d'améliorer réellement la santé des patients.

⁴⁰ <http://www.europe1.fr/France/Accord-medecins-Secu-avancee-majeure-637863/>

⁴¹ cité par COLLEN V. *Une révolution indispensable mais controversée*, in Les echos 12/04/2013

⁴² Le CISS regroupe une trentaine d'associations de patients, dont la célèbre Association Française des Diabétiques

L'association UFC Que choisir santé, contactée, ne signale pas de retour à ce sujet. **(annexes XIIIa et XIIIb).**

2.7 Des défenseurs

Des médecins se font l'écho du dispositif, notamment sur la toile : des médecins blogueurs actifs mettent en avant la possibilité que l'outil s'affine avec évolution (dans le bon sens) des indicateurs, ou la possibilité de critiquer le dispositif « de l'intérieur » ; en tout cas, ils appuient sur le fait que le refus est inopérant, que la rémunération via le paiement à l'acte sera nivelée et que le refus est un baroud d'honneur sans conséquence pour les décideurs. Enfin, certains expliquent leur adhésion tacite par un sentiment d'amertume majeur après un long travail de sappe de l'assurance maladie et des tutelles face aux professionnels, leurs propositions, leur rémunération, brisant leurs vraies motivations à de profonds changements structurants.

3. LE P4P DANS LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE, RETOUR SUR LES EXPERIENCES ETRANGERES

3.1 Etudes, revues systématiques

Les incitations monétaires dans le champ médical sous la forme de paiement à la performance ont donc germé à partir des expériences anglo saxonnes, et surtout du programme anglais, premier à être généralisé. La promotion de ces nouveaux outils n'est-elle qu'une croyance ?

Car après plus de 10 ans, les résultats sont modestes. La littérature regorge d'études, posant des analyses très fragmentées (étude de l'aspect économique, étude des effets sur les inégalités en santé, étude sur la qualité de la prise en charge, sur l'expérience vécue par les patients etc.) et surtout difficilement généralisables: les conclusions étant valables avec intégration au contexte (modes de rémunération existants, schéma d'implantation du P4P etc)

Des revues systématiques pointent également les variations méthodologiques des études, avec des données de robustesse très diverse. Les plus récentes concernant les P4P dits « individuels » (des praticiens en libéral) montrent peu d'effet positif (prévention, dépistage) et quand il y en a sont le fait d'études présentant des défauts qualitatifs (absence de groupe contrôle) ou des biais ; et pas d'amélioration de la prise en charge de maladies chroniques (Houle

et al, 2012). Une revue systématique des revues systématiques publiée en 2013 montre également que les études les plus robustes au niveau méthodologique ne montrent aucun effet positif ou un effet minime et que les résultats faiblement encourageants sont issus d'études de bas niveau de preuve ou impossibles à discriminer d'autres facteurs (implantation d'autres outils en feed back tels que le *public reporting*, PR) (Eijkenaar et al. 2013). L'efficacité économique n'est pas non plus formellement prouvée (Van Herck et al. 2010), reste « potentielle » sans que les coûts évités (hospitalisation, traitements) ou déplacés par rapport aux investissements ne soit au fond réellement mis en balance (Emmert et al. 2012).

Dans ce contexte de résultats équivoques, les études s'interrogent sur la présence de conséquences inattendues comme l'exclusion de patients lourds (phénomène de *gaming* appuyé par la possibilité d'*exception reporting* en Angleterre - entre 2005 et 2006, les médecins britanniques ont exclu 5,3% de patients (valeur médiane), « rapportant » un gain supplémentaire de 1,5%⁴³.(Doran et al.2008)) ; la scotomisation d'indicateurs non rémunérés qui pourraient même régresser (*spillover effects*) ; la rupture de continuité des soins ; l'amenuisement des motivations intrinsèques des professionnels.

3.2 Où en sont les autres pays ?

En Grande Bretagne, le coût est montré du doigt, avec une facture s'élevant à 1 milliard de livres par an et une augmentation de 20% à 25% du salaire des généralistes. Ces derniers ont ainsi profité d'un « effet d'aubaine », avec des objectifs remplis à près de 90% dès la première année. Aujourd'hui, les praticiens anglais atteignent 96,1% de réalisation (source Health and Social Care Information Center 2012/2013, HSCIC)⁴⁴. Selon Des Spence, 10 ans de QOF doivent faire exiger des progrès sur le plan de la morbi mortalité cardio vasculaire au moins (<http://bmj.com/content/346/bmj.f1498>), ce qui n'est pas le cas. Pourtant le QOF n'est pas prêt d'être abandonné.

Aux Etats-Unis, le gouvernement se met au paiement à la performance pour ses programmes Medicaid et Medicare alors que la Kaiser Permanente, l'un des plus gros consortiums de soins américains en propose l'abandon: « *Préoccupé du fait que les médecins auraient pu développer un intérêt malsain envers les répercussions financières de leurs activités*

⁴³ cité par Da Silva N. « Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ? », Revue du Mauss, 17 décembre 2012 [<http://www.journaldumauss.net/spip.php?article954>]

⁴⁴ Résultats du QOF pour 2012/2013 consultables sur <http://www.hscic.gov.uk/qof>

cliniques, Kaiser Permanente a mis fin à l'utilisation massive des mesures incitatives financières fondées sur le rendement (...) » (Levine 2007)⁴⁵.

4. PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Les nouvelles formes de rémunération basées sur les incitations financières posent largement question. Les thèses de médecine se sont intéressées séparément au CAPI ou à la ROSP. On retrouve des recherches sur l'adhésion :

- les déterminants de l'adhésion aux CAPIs
- les déterminants de l'adhésion à la ROSP (Tousaints, 2013) ;

sur le ressenti :

- le niveau de connaissance, les attitudes, le regard porté par les médecins sur ce nouveau dispositif (Roy, 2012)
- le ressenti des médecins généralistes (Paraskekov, 2012)
- le regard porté par les internes (thèse en cours de Florent POIRSON) ;

ou sur des aspects de pratique :

- la pertinence des critères de la ROSP (" La rémunération à la performance : quelle est la pertinence des indicateurs retenus " thèse en cours par Magali FERRY, dirigée par Alain SIARY).

- l'impact des CAPIs sur la pratique (Laurent, 2013)

Sociologues et économistes se posent la question des incitations monétaires suivant les différentes facettes décrites plus haut comme l'emprise métrologique (Bloy) et l'évaluation chiffrée, le management de la qualité, normes et autonomie ; ou sur l'effet sur les motivations intrinsèques (*crowding out effect*, COE) (Videau, 2011), réalisant une analyse critique du phénomène d'incitation en médecine (Da Silva, 2011, 2012, 2013). De manière plus intimiste à la profession, les médecins posent la question du clivage que nourrissent ces dispositifs (Saint Lary, 2011) ou des implications éthiques (Saint Lary, 2012).

Mais quid du refus de ces incitations monétaires ? Seul le CAPI faisait jusqu'alors objet d'étude, à la recherche de déterminants (Nifenecker, 2011), d'explications (Saint Lary et al.2013). Mais l'entrée était volontaire...En revanche, pour refuser la ROSP, il fallait une

⁴⁵ cite par Hutchinson B. "Pay for performance in primary care : proceed with caution, pitfalls ahead – Rémunération au rendement: avancez prudemment, chaussée glissante" Healthcare Policy, 4(1) August 2008: 10-22. <http://www.longwoods.com/content/20003>

démarche active car le silence valait tacite acceptation (schéma « **opt out** ») : un début d'explication de son « succès » ?

Ce succès (en d'autres lieux, on dirait le plébiscite...) de la ROSP est claironné par les instances régulatrices. Certains commentaires se font néanmoins sur le degré d'« adhésion » réelle des médecins généralistes. Union Généraliste avait fait état d'un sondage en ligne en 2011 parmi ses adhérents, concluant à un rejet à 30% de cette prime à la performance. ROY⁴⁶ trouve 20% de médecins généralistes interrogés (sur 137) qui soit ignoraient ce droit au refus (14%) soit ne l'ont pas déclaré à temps (6%). Un sondage IFOP « Le Quotidien du médecin » révèle 60% d'opinions défavorables⁴⁷.

Aujourd'hui, une minorité de médecins généralistes a dûment signifié ce refus de la prime du P4P. Combien sont-ils réellement ? Les chiffres à leur encontre sont flous. Ils représenteraient moins de 2,3% des médecins généralistes en exercice selon l'Assurance Maladie. Suivant les couleurs politiques, les chiffres dans la presse nationale varient : **6%**⁴⁸, à **moins de 1%**⁴⁹

5. QUESTION DE RECHERCHE

Alors une question intéressante serait : qui sont ces médecins généralistes qui ont refusé cette nouvelle prime ? Y-a-t'il une typologie particulière ? Une approche anthropo-sociologique serait appropriée pour embrasser cette question et elle nécessiterait une approche qualitative de longue haleine, avec des observations participantes et un travail de terrain approfondi.

Nous nous attacherons à questionner plutôt : **quelles sont leurs motivations ?** Le positionnement de ces médecins généralistes peut paraître atypique alors même que la majorité de leurs pairs est en sens inverse, et qu'il s'agit en partie d'augmentation de revenus. **Quelles sont les raisons exprimées ?** Que refusent ces médecins dans ce dispositif qu'on a vu être un dispositif à facettes multiples?

⁴⁶ Roy, Kevin. (2012) *Le Paiement à la Performance (P4P): Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération?* Th.doct : méd. : Montpellier 1, 103p

⁴⁷ Le quotidien du médecin, 4 mars 2013

⁴⁸ Clavreul L. *Paiement à la performance : les médecins vont toucher 5300 euros en moyenne*, Le monde 11/04/2013

⁴⁹ Auguste O. *Prime à la qualité pour les médecins : une innovation appelée à durer et à s'étendre*, Le Figaro, 14/01/2012

En reprenant avec le CAPI : Olivier Saint-Lary a proposé que 2 déterminants majeurs du refus étaient d'une part le jugement vis-à-vis de l'Assurance Maladie, et d'autre part la considération sur le niveau de contrôle pouvant être exercé sur les patients pour atteindre des objectifs. Certains économistes disent que la ligne de partage se situe au niveau des valeurs : refuser ou accepter se détermine en fonction de la perception que l'on a d'un dispositif recoupant les valeurs médicales, avec une certaine valorisation, ou au contraire d'un dispositif contraignant, de surveillance et de coercition.

6. HYPOTHESES

Pour reprendre le point ci-dessous d'Olivier Saint-Lary, nous proposons que le refus de la ROSP est axé sur une critique forte et organisée du système de soins au sens large (mais contenant donc le jugement concernant l'Assurance Maladie). L'hypothèse principale est donc que le refus est déterminé par une analyse systémique, presque politique.

L'hypothèse de recherche secondaire est que les médecins ayant refusé ont une idée propre d'une démarche ou de critères d'amélioration de la qualité des soins.

7. OBJECTIFS

Les objectifs, découlant des hypothèses formulées sont donc :

- de décrire ces généralistes sur des points démographiques, de pratique, de prescription, d'organisation du travail etc.
- de recueillir, d'analyser, et de comparer les motifs exprimés au refus du paiement à la performance
- de recueillir leurs critères « d'amélioration de la qualité des soins »

MATERIELS ET METHODES

Ce travail s'appuie sur une étude qualitative basée sur un questionnaire mixte (questions fermées et ouvertes) adressé à 62 médecins généralistes et un entretien téléphonique semi-dirigé de 13 médecins généralistes.

1. PHASE EXPLORATOIRE

On l'a dit, les médecins ayant refusé ne font pour l'instant pas encore l'objet d'étude poussée. En revanche, les thématiques d'incitations monétaires dans la plupart des catégories professionnelles, dont celles de santé, ainsi que les thématiques de motivation ou d'engagement au travail, de leurs effets sur les comportements sont nombreuses. Des économistes, anthropologues, sociologues, philosophes, psychanalystes etc. étudient ces champs depuis longtemps, replaçant le phénomène de paiement à la performance dans un cadre théorique vaste et interconnecté.

Dans cette perspective, la lecture d'articles issus de ces disciplines a été très éclairante.

Des entretiens exploratoires ont été menés :

- au niveau économique avec Nicolas Da Silva, doctorant en économie à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense, travaillant en économie de la santé
- au niveau juridique avec Me Bruno Siau, avocat et maître de conférence en droit à l'université Montpellier 3, spécialiste en droit social
- avec le Dr Laurence Papinaud, médecin à l'échelon régional du service médical de l'Assurance Maladie à Montpellier

2. CHOIX DE LA METHODE

La méthode qualitative permet d'explorer des questions nouvelles, à la recherche d'hypothèses à confirmer éventuellement par des méthodes quantitatives. C'est le cas de ce sujet, puisque comme dit les médecins refusant ce nouveau type de rémunération ne font pas encore l'objet d'études approfondies, d'autant que leur nombre est faible. Etablir des raisons de leurs refus se prêtait donc mieux à une étude qualitative.

Parmi les méthodes qualitatives, l'entretien téléphonique semi-dirigé a été privilégié. L'entretien permet une élaboration discursive plus approfondie, car comme le soulignait Guy

Michelat (1975) : « (...) il existe une relation entre le degré de liberté laissé à l'enquête et le niveau de profondeur des informations qu'il peut fournir. »⁵⁰ . Un entretien direct aurait été encore plus fructueux, mais la faisabilité était réduite.

Un questionnaire contenant des questions fermées et 3 questions ouvertes a été également administré. Il a été justifié par la volonté de remplir les objectifs de l'étude mais aussi par le besoin de sélectionner les médecins dans l'échantillon initial pour les entretiens téléphoniques.

3. RECRUTEMENT

Il s'est agi de recruter des médecins ayant refusé la ROSP. Cette étape n'est pas facilitée par la procédure de refus. Les caisses d'Assurance Maladie ne divulguent pas les noms des médecins « renoncateurs », malgré les demandes de certaines personnalités médicales. Les médecins « renoncateurs » se le font expressément rappeler : l'information ne doit pas apparaître sur le site ameli.fr (**annexe XIV**). Ces médecins se font invariablement connaître auprès de leurs propres patients. Certains affichent publiquement leur position dans leur salle d'attente.

C'est par une liste pétitionnaire de médecins opposés à la ROSP, mise en place par la coordination 29 en décembre 2011 à la suite des réunions départementales d'information des CPAM, que le recrutement a pu se faire⁵¹. 287 signatures y figuraient. N'ont été retenus que les médecins généralistes. Certaines signatures « en pseudo » n'ont pas permis d'identifier le médecin.

3.1 La 1^{ère} phase : recrutement par voie postale

Au final, **n =193 médecins** ont été contactés par **voie postale le 13 septembre 2013**, après recherche de leurs coordonnées via les pages jaunes. Pas de courrier posté en cas de risque d'homonymie ou si plusieurs adresses postales sont retrouvées. Ce courrier servait :

- 1) à confirmer qu'ils avaient bien refusé la ROSP de manière effective avec une lettre en recommandé avec accusé de réception à leur CPAM (**annexe XIII**)
- 2) à savoir s'ils souhaitaient participer à l'étude.

Les premières réponses datent du **15 septembre 2013** et sont obtenues par voie de mail ou par contact téléphonique. Le recrutement est stoppé le **15 octobre 2013**, après avoir observé une

⁵⁰ Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie, *La revue de sociologie française*, volume 16, 1975, pp229-247

⁵¹ http://www.activism.com/fr_FR/petition/refus-du-paiement-a-la-performance-p4p/15110

période sans nouvelle réponse de 15 jours, sans relance. **N=62 médecins** ont répondu favorablement (femmes= 20; hommes=42) soit un **taux de réponse de 32%**. La présentation du projet de thèse (**annexe XV**) leur est envoyée par mail à partir du 22 septembre 2013.

3.2. La 2^{ème} phase : envoi du questionnaire

Le nombre de médecins acceptant de participer étant bien supérieur au nombre utile pour une étude qualitative par entretien, le choix d'un questionnaire s'est justifié. Il a été utilisé pour aider au choix de médecins variés pour les entretiens téléphoniques, en fonction des réponses aux questions. Il a permis en même temps de décrire, sans significativité, des caractéristiques démographiques, de pratique, de prescription de ces médecins.

Le questionnaire contient 32 questions, dont 1/3 recoupe les questions habituelles utilisées dans les thèses sur la ROSP et le CAPI. Il est préalablement testé auprès de 5 médecins généralistes puis envoyé aux 62 médecins généralistes le **20 octobre 2013**. Etabli sous Adobe, il est transmis par voie de mail (**voir à la fin de la section, avec la grille d'entretien**).

3.3. La 3^{ème} phase : recrutement pour les entretiens téléphoniques

Sur 62 questionnaires envoyés, **n=42 réponses** sont revenues. La phase de recueil est close le **14 novembre 2013** après une relance. Des médecins ayant ensuite intégré le dispositif ont été inclus, mais n'ont malheureusement pas donné suite au questionnaire.

Dans l'optique d'une étude qualitative cherchant à faire émerger des motivations au refus, une diversité des profils était nécessaire. Nous avons essayé d'établir cette diversité en choisissant des médecins assez divers grâce au questionnaire : plusieurs méthodes ont été déployées à partir des réponses reçues.

3.3.1 Sur un score d'atypie

A partir du questionnaire, un score d'« atypie » a été créé. Des questions ont été isolées parce qu'elles décrivent des points inhabituels. Il s'agit des questions : **sur le parcours entrecoupé, sur l'exercice d'autre métier que médecin, sur une activité institutionnelle, sur la perception des ordonnances des spécialistes, sur la durée des consultations, sur l'engagement dans la rédaction de blog/livres/article papier ou net sur la santé**. Elles sont inhabituelles car absentes des questionnaires utilisés dans les autres thèses.

Les réponses sont codées binaires pour les questions isolées (oui =1 ; non=0). La réponse sur la durée de consultation est chiffrée (ramenée à une moyenne quand la réponse est donnée en intervalle. Par exemple « 15-20minutes » devient 17,5). Elle est codée 0 si durée≤20 minutes, codée 1 si 20<durée<30 minutes et codée 2 si durée≥30 minutes. Le score maximal est donc de $S_{max} = 7$. Le score obtenu est S_o .

Un ratio est calculé pour chaque médecin: **indice atypie**= S_o/S_{max} . S_{max} est ramené à 5 ou 6 si des questions parmi celles isolées sont sans réponse. Il est donc compris entre 0 (aucune atypie) et 1 (atypie maximale). 1 médecin au score maximal et 1 médecin au score minimal sont choisis par cette méthode.

3.3.2. Sur les données démographiques

Par ailleurs, après un premier dépouillement, un « vide » démographique se fait jour dans la catégorie d'âge 35-45 ans. Deux médecins sont choisis dans cette tranche d'âge.

3.3.3 Sur les relations/confiance dans les pouvoirs publics, institutions

On établit un tableau double entrée avec la « confiance en l'Etat pour l'amélioration des pratiques et l'organisation du système de soins » et la « confiance en l'Assurance Maladie etc. ». 1 médecin est choisi, ayant la confiance maximale aux 2 institutions.

1 autre médecin est choisi car ayant les « relations avec l'assurance maladie » les mieux notées (cotées à 3 sur une échelle de Likert 0 à 3).

3.3.4 Sur d'autres critères

1 médecin est choisi pour son secteur d'activité : exercice en secteur 2. Des médecins particulièrement informatifs sont retenus : médecins ayant communiqué par mail, ou par téléphone avec un argumentaire particulièrement fourni, avant même les phases de recrutement. Egalement des médecins ayant donné des réponses piquant l'intérêt dans le questionnaire à propos de leurs raisons de refuser et demandant développement sont retenus.

4. LES ENTRETIENS

Après leur accord, un RDV pour entretien téléphonique est obtenu. Les entretiens sont menés **entre le 21 octobre et le 15 novembre 2013**. Ces interviews sont enregistrées avec un **enregistreur TASCAM DR-05**. L'entretien est poursuivi jusqu'à saturation des données, obtenue dans ce cas après **n=13 médecins**. La durée moyenne d'entretien est de 40 mn 33s.

La grille d'entretien est présentée à la fin de cette section. Elle a été testée auprès de 2 médecins généralistes. Elle est construite pour explorer directement les raisons exprimées les plus directes, mais aussi les champs de l'évaluation, de la perception de la qualité, des conséquences en termes d'exercice.

Il s'est avéré qu'une des questions ne donnait pas d'information pertinente comme souhaité **(Q.9/ Y-a-t'il d'autres dispositifs, ou dispositions de l'Assurance Maladie que vous aviez refusé ou refusé d'appliquer ? Pouvez-vous m'en dire plus ?)** parce qu'elle était mal posée et mal comprise. Elle a été supprimée. Une certaine liberté sur l'ordre des questions posées a permis de suivre la pensée discursive des médecins interviewés.

5. ANALYSE

Le questionnaire a eu pour but de récolter des données descriptives à travers les questions fermées, de permettre de répondre à l'hypothèse secondaire grâce aux questions ouvertes et de sélectionner les médecins à interviewer parmi les 62 médecins participant à l'étude. Les données des questions fermées ont été analysées grâce aux logiciels Sphinx et Excel, et à l'aide de tests statistiques applicables aux petits effectifs (test de Fischer). Les données des questions ouvertes ont fait l'objet d'une étude thématique. En revanche, nous avons volontairement laissé la question ouverte sur **les raisons du refus dans le questionnaire** sans analyse, pour nous concentrer sur le matériau récolté pendant les entretiens, qui constitue le cœur de cette étude.

Les entretiens sont classés en fonction de leur niveau informatif en 3 catégories selon la méthode de Stéphane Beaud et Florence Weber (*Le guide de l'enquête de terrain*. Paris : La Découverte 2003 pp235-290) :

- les entretiens informatifs
- les entretiens « personnels »
- les entretiens approfondis

Seuls les entretiens approfondis sont retranscrits entièrement (**n=6**). Les autres sont transcrits partiellement en fonction des passages informatifs. Puis on procède à une analyse thématique avec induction ouverte.

QUESTIONNAIRE

Aspects démographiques :

- Pouvez-vous préciser vos nom et prénom ?
- Etes-vous : un homme une femme
- Quel âge avez-vous ?
- Avez-vous entrecoupé des périodes d'installation en libéral avec des périodes d'exercice salarié, ou de remplacement ?
- Avez-vous exercé ou exercez-vous d'autres métiers (ou activités rémunératrices) que médecin ou avez-vous une formation complémentaire non médicale ? si oui, dans quel domaine ?

Aspects de pratique :

Cabinet

- Exercez-vous dans un cabinet : individuel ? de groupe ? maison ou centre de santé ?
- Etes-vous informatisé ?
Si oui, **en dehors de la gestion du dossier médical**, et plutôt à propos de la recherche d'informations, formation, échanges etc. diriez-vous que l'informatique est :
 - inexistant
 - peu présent
 - moyennement présent
 - très présent

Autre activité

- Avez-vous une activité hospitalière ? (cs PASS, cs externe ...)
- Avez-vous une activité dans une structure de soins non hospitalière ? (PMI, structure de réduction des risques, structure de soins d'établissement pénitentiaire...)
- Avez-vous une activité syndicale ?
- Avez-vous une activité institutionnelle (HAS, expertise etc.) ?
- Pensez-vous avoir un engagement social ou militant ?

Items liés aux patients

- Pouvez-vous estimer en minutes la durée moyenne de vos consultations ?
- Pratiquez-vous le tiers-payant (patients en ALD ou hors ALD) ?
 - non
 - oui, parfois
 - oui toujours
- Considérerez-vous avoir une spécificité/particularité dans votre pratique ? si oui, laquelle ?

Items liés à la prescription

- L'industrie pharmaceutique fonctionne avec la réception de délégués, la sponsoring d'événements ou de programmes de recherche. Comment qualifiez-vous vos relations avec elle ?
 - inexistantes
 - minimes
 - soutenues

omniprésentes

- Avez-vous un référentiel principal de prescription ? si oui, lequel ? (réponse libre)
- Etes-vous « dérangé » par les prescriptions de correspondants spécialistes ?
 - rarement
 - parfois
 - souvent
 - toujours

Formation/pédagogie :

- Avez-vous une formation complémentaire médicale (DIU, DU, capacités etc...) ?
- Avec quel(s) support(s) faites-vous votre formation médicale continue ?
 - revues médicales (papier ou électronique)
 - forums médicaux (réseaux sur la toile)
 - groupe de formation médicale continue (réunions, soirées)
 - groupes qualité (initiative URCAM-ARS)
 - autres :
- Participez-vous au département de médecine générale de votre région (maître de stage, directeur(trice) de thèse etc.) ou avez-vous une activité de recherche ?
- Avez-vous un blog médical ou êtes vous engagés à la rédaction de livres, d'articles, de tribunes en rapport avec la santé ?

Items relatifs aux relations avec la Sécurité Sociale :

- Avez-vous signé le CAPI ?
- Avez-vous adhéré à l'option médecin référent ?
- Comment qualifieriez-vous vos relations avec les caisses d'Assurance Maladie ?(Echelle de 0 à 3 : 0 = inexistantes ou exécrables, 1= minimales, 2= régulières, 3= bonnes ou soutenues)
- Utilisez-vous l'espace pro d'Ameli.fr ?
 - non
 - oui, parfois
 - oui, régulièrement

Items relatifs au P4P et au système de soins :

- Connaissez-vous les indicateurs sélectionnés dans la Rémunération sur Objectifs de santé (critères du P4P) de cette nouvelle convention ? 0, non pas du tout à 3, oui complètement
- Quelle confiance accordez-vous à l'Etat en termes d'organisation du système de soins et d'amélioration des pratiques ?
 - aucune
 - faible
 - moyenne
 - grande
- Quelle confiance accordez-vous à l'Assurance Maladie en termes d'organisation du système de soins et d'amélioration des pratiques ?
 - aucune
 - faible
 - moyenne
 - grande
- Quelle(s) entité(s) serai(en)t selon vous en mesure de faire des propositions pertinentes ?
- Quelles seraient vos propositions d'amélioration de la qualité des soins ? (maximum 4)
- Pour quelles raisons principales avez-vous refusé la « rémunération sur objectifs de santé » ? (maximum 4)

GRILLE D'ENTRETIEN

1/ Selon vous, quelles raisons expliquent l'existence de ce paiement à la performance aujourd'hui?

2/ Comment avez-vous eu connaissance de ce point spécifique de refus du P4P dans la convention du 26 juillet 2011 ?

vosre décision s'est-elle forgée rapidement ?

3/ Vous avez refusé le paiement à la performance (dite rémunération sur objectifs de santé). Que lui reprochez-vous ?

4/ Quelles principales conséquences pourraient avoir ce paiement à la performance ?

5/ Y a t il selon vous une évaluation des pratiques qui pourrait être utile, pertinente et acceptable ? Sur quoi et comment pourrait-elle s'appliquer ?

6) Selon les institutions, le dispositif du P4P est une « démarche qualité ». Qu'en pensez-vous et quelle serait une « démarche qualité » pour vous ?

7/ communiquez-vous votre position de refus de la ROSP? Si oui, comment et à qui ?

8/ Comment voyez-vous le futur de ce paiement à la performance ? Selon les évolutions, pourrait-il y avoir une incidence sur votre exercice (ou votre désir d'exercice médical) ?

9/ Y-a-t'il une chose que nous n'avons pas abordée sur laquelle vous souhaitez intervenir ?

RESULTATS ET ANALYSES

PREMIERE SECTION: ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

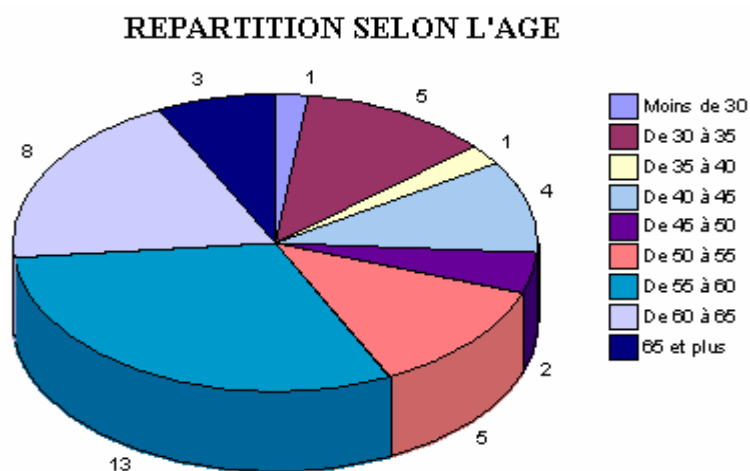
Sur 62 médecins contactés, 42 ont donc répondu au questionnaire. L'analyse a séparé les données des questions fermées et ouvertes. Les données brutes sont sous forme de tableaux en annexe (**annexes XVII**).

1. ANALYSE DES QUESTIONS FERMEES

1.1 Des données habituelles

1.1.1 Données démographiques

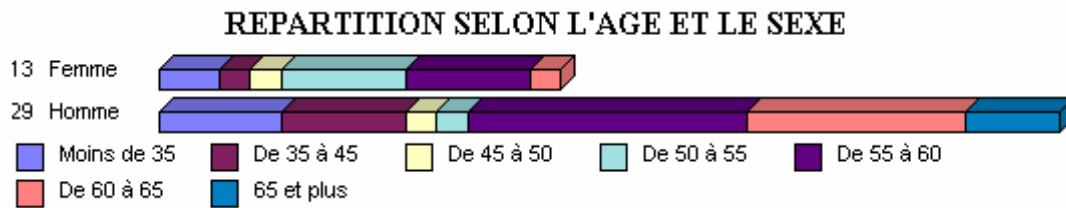
Ci après le tableau de répartition des médecins ayant refusé selon l'âge.



Graphique 8: Répartition de l'échantillon selon l'âge (valeurs absolues)

1 médecin a indiqué un âge inférieur à 30 ans, ce qui semble être une erreur due à la manipulation du menu déroulant pour répondre. Les médecins entre 55-60 ans sont majoritaires. Les moins présents sont les médecins entre 35-40 ans (si on excepte donc la valeur <30 ans) et entre 45-50 ans. **L'âge moyen est de 52 ans**, l'âge maximum est de 68 ans. Par comparaison, la DRESS donne au 1^{er} janvier 2013 un âge moyen des médecins généralistes à 51,2 ans et une proportion majoritaire de médecins entre 50-55 ans (18,9%) et 55-60 ans (18,8%).

En analysant l'âge et le sexe, on obtient le graphique suivant :



Graphique 9: Répartition de l'échantillon selon l'âge et le sexe (valeurs absolues)

Les médecins âgés de plus de 60 ans sont presque exclusivement des hommes, les femmes médecins étant plus représentées entre 50-55 ans. **Les femmes sont à hauteur de 13/42, les hommes 27/42, soit un sex ratio de 3/1.** Au niveau national, les femmes représentent 41,6% des médecins généralistes (source DREES, 2013). On retrouve ces chiffres pour les échantillons de thèses de Kevin ROY (2012) et Fanny LAURENT (2013) avec respectivement des sex ratio de 3/1 et un âge moyen de 53 ans.

Donc notre échantillon n'a **pas de particularité démographique**. Il n'est pas exempt de jeunes médecins généralistes installés.

1.1.2 Données d'organisation du travail

29/42 (69%) médecins travaillent en cabinet de groupe, 12/42 (28,6%) en cabinet individuel et 1/42 (2,4%) en maison de santé pluriprofessionnelle (Au niveau national, 54% des généralistes déclaraient travailler en groupe en 2009, chiffres Inpes – baromètre santé médecins généralistes, 2009). La majorité est informatisée (38/42 – 90%) mais l'usage est variable : 5/42 (11,9%) médecins déclarant que l'informatique est peu présent ou inexistant en dehors de la gestion du dossier médical (85% des médecins sont informatisés en 2007, source DREES, panel ORS, URML de 5 régions).

La **durée de consultation moyenne est de 19 minutes** avec une médiane à 20 minutes, la moyenne en secteur 1 étant de 17 minutes (données URPS, ORS, DREES, 2010). La DREES retrouve une différence entre les sexes avec des durées moyennes de consultation plus grandes chez les femmes ; dans notre échantillon, les consultations les plus longues sont également le fait des médecins généralistes femmes.

Le tableau suivant regroupe les questions sur les activités hors cabinet.

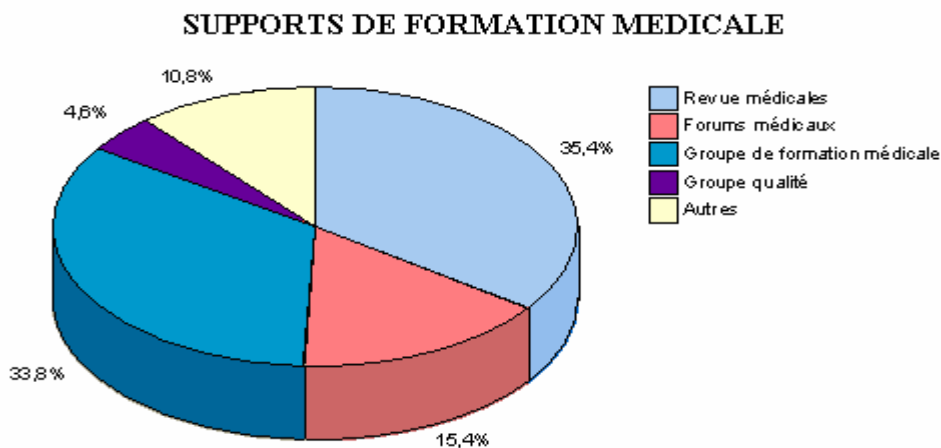
Multi-activité	Oui	Non	Total
Activité hospitalière	2	40	42
Activité non hospitalière	11	31	42
Activité institutionnelle	7	35	42

Tableau 3: Multi-activité des médecins de l'échantillon

D'après le questionnaire, 16/42 (38%) médecins déclarent **au moins une activité** en plus de l'activité libérale. Au niveau national, 10,4% des médecins généralistes sont dans ce cas dans l'étude de la DREES au 1^{er} janvier 2013 (données déclaratives du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé – RPPS). Un panel DREES, ORS, URPS des régions Bourgogne, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur donne en 2010 30% de médecins déclarant des activités de soins hors cabinet, de coordination ou d'expertise. Nos chiffres sont donc un peu supérieurs, mais ne sont pas significatifs. Il faut les nuancer car il n'y pas d'exacte superposition entre nos critères de « multi activité » et ceux des panels DREES. On peut pointer le chiffre d'activité dite « institutionnelle » qui n'est pas négligeable, ce qui est peu étudié chez les médecins généralistes.

1.1.3 Formation

Une majorité des médecins interrogés ont eu une formation médicale complémentaire (DU, DIU etc.). Pour la formation médicale continue les supports sont divers, ce qui est récapitulé dans le graphique suivant. Les supports privilégiés sont les revues médicales et les groupes de formation médicale continue. Les formules institutionnelles type groupe de qualité (à l'initiative des URML –devenues URPS- et des URCAM) sont minoritaires.



Graphique 10: Supports de formation médicale (données en pourcentages des items cotés, n= 65)

En analysant les associations données (questions à choix multiples), on retrouve sur 42 réponses un chiffre étonnant de 24 supports « uniques ». Pour ces 24 supports uniques, on trouve dans 6 cas les revues médicales, dans 13 cas les groupes de formation médicale, 2 cas les forums médicaux, 2 cas « autres » (qui s'avèrent être le Collègue des Hautes Etudes Médicales, CHEM) et 1 cas les groupes qualité.

Sur les 18 associations multiples :

- L'item « revues médicales » arrive en tête haut la main, cité 16 fois ; devant les « forums médicaux », cité 7 fois, devançant de peu les « groupes de formation médicale » cité 6 fois
- les multi supports ≥ 3 sont minoritaires (5/18 cas)
- Les associations les plus fréquentes sont « revues- forums médicaux » et « revues – groupes de formation médicale » à fréquence égale.

Donc : lorsqu'il y a support unique, il est plus volontiers un groupe de formation médicale. En revanche, lorsqu'il y a support multiple, il s'agit la plupart du temps de revues médicales, associées alors à part égale entre « groupes de formation médicale » et « forums médicaux ». On peut noter également que 16/42 (38%) médecins ont une formation qu'on pourrait qualifier d'**individuelle, sans vis-à-vis** : avec revues seules, forums seuls, CHEM (e learning).

1.1.4 Sur les contractualisations avec la Sécurité Sociale

Aucun des médecins n'a déclaré avoir signé le CAPI, ce qui est congruent avec l'idée que le CAPI a été l'expérimentation de la ROSP et qu'ils ont tous 2 les mêmes implications.

11/41 (1 non répondant) médecins généralistes avaient signé l'Option Médecin Référent, une grande réforme de modification de la rémunération, qui a donc attiré 26,8% des médecins ayant refusé la ROSP. Toute contractualisation avec l'Assurance Maladie n'a donc pas été exclue pour ces médecins, qui ne sont pas opposés à une modification du mode de rémunération.

Quelle connaissance déclarée du dispositif de la ROSP? L'échelle de Likert (de 0: aucune connaissance à 3: connaissance complète) donne une moyenne à 2,22. 7/42 médecins ont une connaissance faible du dispositif (cotée ≤ 1): refus « viscéral », « de principe », indépendamment du contenu ?

1.1.5 Relations avec l'Assurance Maladie

Les relations avec la Sécurité Sociale sont plutôt ternes avec 35/42 (83%) médecins qui décrivent des relations inexistantes ou minimales. Une transposition avec une échelle de Likert permet de calculer une moyenne à 0,98. En revanche l'utilisation d'Ameli pro (espace réservé aux professionnels) est plus partagée avec 29/42 (69%) médecins qui déclarent s'en servir dont près d'1/4 d'entre eux régulièrement. En combinant relations assurance maladie et utilisation du site ameli.fr, on obtient les résultats suivants :

RELATIONS AVEC L'ASSURANCE MALADIE ET UTILISATION D'AMELI

Assurance Maladie	Ameli	Non	Oui, régulièrement	Oui, parfois	Total
0		3	2	4	9
1		6	5	15	26
2		4	0	2	6
3		0	0	1	1
Total		13	7	22	42

Tableau 4: Tableau de contingence [relations avec l'assurance maladie] et [utilisation du site ameli]

Le test exact de Fischer donne un p value= 0,496 : l'utilisation d'ameli et le niveau de relations avec l'assurance maladie ne sont pas corrélées, déconnectant cet outil de l'image de l'assurance maladie. L'utilisation du site pourrait être précisée, surtout par ces médecins ayant refusé la RO SP (suivi de remboursements, commandes de formulaires, télédéclarations ?).

1.2 D'autres données moins courantes

1.2.1 Evocation de l'engagement

9/41 (21,4%- 1 non répondant) médecins sont syndiqués ; 24/42 (57%) disent avoir un engagement social ou militant (aucune non réponse). Il n'y a donc pas de recouvrement entre l'engagement social ou militant et l'engagement syndical. En croisant les 2 modalités on obtient le tableau ci-dessous. Le test exact de Fischer conduit à ne pas trouver de corrélation significative dans cet échantillon entre activité syndicale et engagement social ou militant (p=0,711). Ceci est intéressant à interroger sur la place du syndicalisme médical de nos jours et

sur la notion d' «engagement social/militant ». On ne peut toutefois se soustraire à la réalité de cet échantillon modeste et composé de médecins ayant refusé la ROSP, appuyée et signée justement par les syndicats majoritaires.

ENGAGEMENT ET ACTIVITÉ SYNDICALE

Activité syndicale	Oui	Non	Total
Engagement			
Oui	5	3	8
Non	12	21	33
Total	17	24	41

Tableau 5: Tableau de contingence [engagement social/militant] et [activité syndicale]

Pour l'engagement dans l'accès aux soins, on retrouve une pratique du tiers payant très volontiers (38/42 – 90,5%).

1.2.2 Des relations avec l'industrie pharmaceutique

Avec l'industrie pharmaceutique, les relations sont distendues avec 23/42 (54,7%) médecins qui déclarent avoir des liens inexistantes et 13/42 minimales (31%)⁵². Une échelle de Likert cotée de 0 (relations inexistantes) à 3 (relations omniprésentes) donne une moyenne de 0,6. L'analyse des questions ouvertes a poussé à chercher un lien entre les relations industrie pharmaceutique et assurance maladie : on obtient alors le tableau de contingence ci-dessous.

RELATIONS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE ET AVEC L'A.MALADIE

Relations AM	0	1	2	3	Total
Relations ind. pharma.					
0	9	10	3	1	23
1	0	11	2	0	13
2	0	5	1	0	6
3	0	0	0	0	0
Total	9	25	6	1	42

Tableau 6: Tableau de contingence [relations avec l'industrie pharmaceutique] et [relations avec l'assurance maladie]

⁵² 1 médecin a précisé que ses relations avec l'industrie pharmaceutique étaient en qualité d'expert, et jamais au cabinet ; nous avons qualifié ses relations de « soutenues ».

Un test exact de Fischer donne une corrélation entre les relations avec l'assurance maladie et l'industrie pharmaceutique dans notre échantillon ($p=0,0336$).

1.2.3 Confiance dans les tutelles pour organiser/améliorer le système de soins : Assurance Maladie et Etat

La confiance en l'Assurance Maladie est basse, avec 18/42 médecins qui ne déclarent aucune confiance, et 22/42 qui déclarent une faible confiance. Avec une échelle de Likert de 0 à 3, on obtient une moyenne 0,67.

La confiance en l'Etat est un peu meilleure, avec 14/42 médecins n'ayant aucune confiance, 23 ayant une confiance faible et même 5 ayant une confiance moyenne. La moyenne de confiance pour l'Etat est à 0,79. Un tableau double entrée donne les résultats suivants :

CONFIANCE EN L'ETAT ET EN L'ASSURANCE MALADIE

Confiance Etat	Aucune	Faible	Moyenne	Grande	Total
Confiance AM					
Aucune	12	6	0	0	18
Faible	2	17	3	0	22
Moyenne	0	0	2	0	2
Grande	0	0	0	0	0
Total	14	23	5	0	42

Tableau 7: Tableau de contingence [confiance en l'assurance maladie] et [confiance en l'Etat]

L'association la plus fréquente est donc [faible confiance en l'Etat ; faible confiance en l'Assurance Maladie]. Par ailleurs, les « couples » les plus fréquents sont homogènes. Seulement 13/42 (31%) médecins ont un niveau de confiance différencié. Pour argumenter d'un lien entre les 2, on soumet les 2 modalités au test exact de Fischer: il existe une forte corrélation ($p= 1,68e^{-5}$).

Donc les médecins ayant refusé la ROSP de cet échantillon ne placent pas l'Assurance Maladie ou l'Etat en bonne position pour faire des choix concernant le système de soins (organisation, amélioration), ce qui est en soi une donnée forte ; et la confiance en l'un est corrélée à l'autre.

1.2.4 Isolement ?

17/42 (40,5%) médecins participent à leur département de médecine générale. En agrégeant les médecins participant au DUMG, actifs sur des blogs ou à la rédaction d'articles, ceux ayant au moins une activité hors cabinet, ou un support de formation médicale continue en collectif, ou un exercice groupé, on arrive à 39/42 médecins ; soit la quasi-totalité de l'échantillon (92,9%).

Donc on peut relativiser une idée qui peut préjuger de l'isolement de ces médecins ayant refusé. La moitié sont engagés dans une « transmission » soit par leur participation au DUMG, soit par la rédaction de blog/articles médicaux (21/42).

1.2.5 Des médecins critiques ?

10/42 (23,8%) sont souvent ou toujours gênés par les prescriptions des confrères spécialistes. Un tableau de contingence avec leurs relations à l'industrie pharmaceutique donne les résultats suivants ⁵³:

PRESCRIPTIONS SPÉCIALISTES ET RELATIONS AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Relations ind. pharma.	0	1	2	3	Total
Prescriptions spés					
0	4	5	2	0	11
1	10	8	3	0	21
2	8	0	1	0	9
3	1	0	0	0	1
Total	23	13	6	0	42

Tableau 8: Tableau de contingence [gêne face aux prescriptions spécialistes] et [relations industrie pharmaceutique]

En appliquant un test exact de Fischer : il n'y a pas de corrélation entre les relations entretenues avec l'industrie pharmaceutique et la critique des prescriptions spécialistes ($p=1,47$).

⁵³ 2 médecins n'ont pas répondu à la question sur la critique des prescriptions de confrères spécialistes ; ils avaient coté des relations inexistantes avec l'industrie pharmaceutique ; nous avons codé 0 = rarement pour leur avis critique sur les prescriptions pour ne pas se placer dans une disposition trop favorable envers un lien possible entre les modalités

En guise de conclusion pour cette partie du questionnaire portant sur les questions fermées : l'échantillon ne présente pas de particularité démographique, les jeunes médecins généralistes étant représentés. Ils exercent volontiers au moins une activité hors cabinet, ne sont pas « isolés » (exercice, formation, enseignement, activité sur le net), cotent leurs relations avec l'industrie pharmaceutique ou l'assurance maladie comme globalement faibles et surtout ont très peu confiance en l'Etat ou en l'Assurance Maladie pour l'organisation du système de soins ou l'amélioration des pratiques. On a dessiné des corrélations entre : relations industrie pharmaceutique et relations assurance maladie d'une part, puis entre confiance en l'Etat et confiance en l'Assurance Maladie d'autre part.

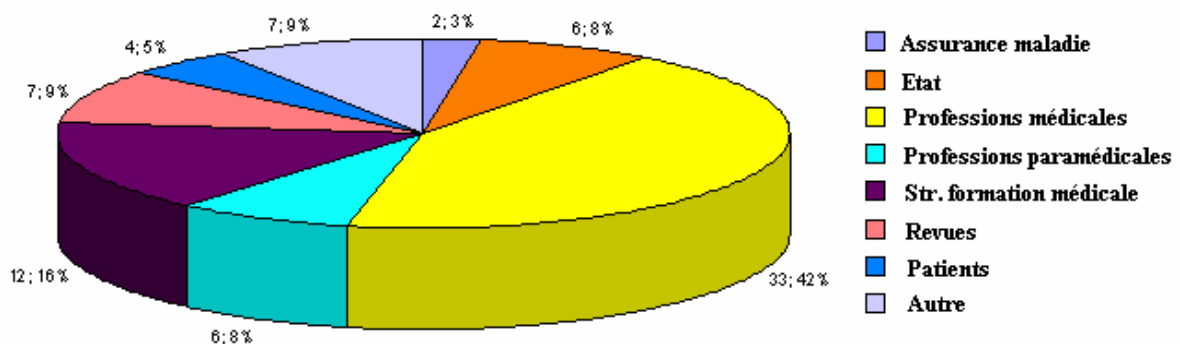
2. ANALYSE DES QUESTIONS OUVERTES

2.1 Entités pertinentes pouvant faire des propositions

Elles sont multiples : 18/36 (50% - 6 non répondants) médecins donnent ≥ 2 entités pertinentes à leurs yeux. Elles sont soit déjà existantes, ou totalement originales, à type de collectifs ou structures multipartites « à créer ». Ces réponses sont codées « autres ». Parmi les entités existantes : on peut les classer suivant certains pôles extraits à partir des réponses données (tableau page suivante).

Le nombre total de propositions d'entités est de 77, avec 36 répondants, soit 2 propositions en moyenne par médecin. Le graphique suivant donne les répartitions brutes en pôles.

ENTITES POUVANT FAIRE DES PROPOSITIONS PERTINENTES



Graphique 11: Répartition des réponses concernant les entités pouvant faire des propositions pertinentes en termes de santé – organisation, contenu (données en pourcentage du total des propositions, n=77)

Pôles	AM	SP			PROFESSIONS MEDICALES						PARA-M	FORMATION MEDICALE				REVUES		PATIENTS	AUTRES	TOTAL	
	AM	etat	ARS	HAS	méd	synd	CNGE	CMG	CNOM	URPS	para-m	s.sav.	form.	unaf.	CHEM	presc.	prat.	patients	AUTRES		
M1	0																				3
M2											nsp										
M3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
M6											nsp										
M7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M8	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
M9	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M10											nsp										
M11	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5
M12											nsp										
M13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
M14	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
M15											nsp										
M16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
M17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
M18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3
M19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8
M20	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
M21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
M22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
M24	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
M25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M26	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4
M27	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M28											nsp										
M29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M30	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4
M31	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M32	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
M33	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M34	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
M35	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
M36	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
M37	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
M38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
M40	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
M41	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
M42	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
total	2	2	1	3	14	5	4	3	2	5	2	4	5	2	1	5	2	4	4	7	77
total	2	6			33						2	12				7		4	7	77	

Tableau 9: Tableau des entités exprimées comme pertinentes pour l'amélioration du système de soins

SP= Structures publiques, méd=médecins, synd=syndicats, CMG=Collège de Médecine Générale, s.sav= sociétés savantes, form= groupe de FMC, unaf= UNAFORMEC, CHEM= Collège des Hautes Etudes Médicales, presc=revue Prescrire, prat=revue Pratiques

Les médecins ayant refusé cette ROSP mettent peu l'Assurance Maladie (2/36 médecins) ou les professionnels para médicaux en avant. Les syndicats sont expressément nommés dans 6,5% des cas. Sans surprise, les praticiens de terrains sont mis à l'honneur avec 44% des propositions (en agrégeant syndicats, collectifs de médecins, collèges etc.). D'ailleurs pour les médecins n'ayant donné qu'une seule entité pertinente (18/36), il s'agit presque toujours d'entités médicales (12/18), et quand il s'agit d'«autres» structures, elles sont toujours des collectifs comportant des praticiens. Les structures de formation médicale ont une place non négligeable (Sociétés savantes, Formindep, Unaformec, CHEM) avec 14% de l'ensemble des propositions devant l'Etat, les professions paramédicales ou les patients, ce qui est intéressant et non décrit. Une autre chose est la place du CNGE (Collège Nationale des Généralistes Enseignants) et celle du CMG (Collège de Médecine Générale)⁵⁴ avec 7/77 propositions soit 9,1% des propositions, ce qui met en avant d'autres collectifs médicaux que les représentations syndicales habituelles. Egalement l'émergence de revues médicales (Pratiques, Prescrire) nommément données comme pertinentes, une donnée intéressante en tout cas pour Prescrire, revue initialement vouée à l'information sur le médicament.

Dans le tableau 9 (page précédente), les chiffres en rouge sont des données « sous conditions » : ce sont des conditions d'indépendance vis-à-vis des industries pharmaceutiques, des conditions d'indépendance vis-à-vis des forces syndicales, des conditions d'écoute et de prise en compte des propositions de « terrain ».

2.2 Des améliorations sur le système de soins ou sa qualité

Autour de quoi sont organisées les idées de propositions ? Une analyse thématique permet de dégager 20 thématiques de base induites à partir de 145 propositions, subdivisées concrètement à partir des réponses des médecins.

2.2.1 Analyse horizontale

Une analyse horizontale montre **n=145 propositions d'amélioration**, pour 38 répondants (4 non répondants). Il y a donc une moyenne de 3,8 propositions par médecins (une consigne indiquait 4 propositions maximum), soit une utilisation quasi complète de l'espace

⁵⁴ Association loi 1901 créée à partir des initiatives de 3 syndicats (CSMF-UNOF, MG France, SML) et de 4 sociétés savantes de médecine générale (CNGE, SFMG, SFTG, SFDRMG), elles-mêmes regroupées au sein du RSSMG (Regroupement des sociétés savantes de médecine générale).

donné pour formuler des propositions. Le thème le plus fréquent est celui de l' « **indépendance** » avec 26/145 occurrences (18%) [dans le sens de l'indépendance par rapport aux intérêts et non dans le sens de l'autonomie] , suivi de près par la « **rémunération** » avec 25/145 (17%), le « **temps médical** » avec 12/145 propositions (8%), les « **outils et conditions de travail** » avec 10/145 propositions (7%), l' « **accès aux soins** » avec 9/145 propositions (6%). Le thème « **patients** » et celui de la « **formation** » sont tous 2 à 8/145 propositions (5,5%). Les autres thématiques font 7 occurrences ou moins, soit moins de 5% de l'ensemble des propositions.

Les analyses de cooccurrences (liens avec les autres thèmes) montrent de nouveau le thème « **indépendance** » comme étant le plus parlant, avec 16 cooccurrences. Suivent au même niveau la « **rémunération** », puis le « **temps médical** » avec 14 cooccurrences, puis curieusement les « **patients** » avec 12 cooccurrences (alors que sa fréquence absolue est faible) et les « **outils et conditions de travail** » avec 11 cooccurrences. Enfin, ce sont la « **formation** » (8 cooccurrences) et « **l'accès aux soins** » (7 cooccurrences), parmi les thèmes relevant de plus de 5% des propositions totales.

En croisant occurrences et cooccurrences, **les thèmes centraux pour la qualité des soins sont donc l'indépendance, la rémunération et le temps médical.**

Le thème « indépendance » ne présente pas de relation d'opération avec d'autres thèmes. Les propositions sont posées **en soi**.

Pour la rémunération : comment est-elle structurante ? En revenant aux énoncés des propositions, le thème « rémunération » est repéré et le codage met en relief le lien direct avec une autre proposition lorsqu'il existe. Dans 10/14 cooccurrences, un lien direct est fait. En analysant : dans 4/10 cas, la rémunération est un opérateur direct, permettant un financement (matériels, salariés). Mais dans 6/10 cas, il est un opérateur indirect, permettant en réalité la rémunération d'un temps qui est dégagé (temps de formation, temps de charge administrative).

A propos du « **temps médical** », seules 4/14 cooccurrences s'accompagnent d'un lien d'opérateurs avec d'autres propositions. Dans 2 cas, on revient sur le temps médical permis par la rémunération. Dans les autres cas, le temps médical permet directement de donner une place plus centrale au patient.

En détail, les propositions claires les plus fréquentes sont:

- une **formation médicale indépendante** (9/145)
- une **majoration des revenus médicaux** (8/145)
- une **expertise/évaluation sanitaire** (de santé publique, épidémiologique, pharmacologique etc.) **sans influence** (commerciale, industrielle pharmaceutique, ou étatique) (6/145)
- une **majoration du temps de consultation** (5/145)
- une **remise en cause du paiement à l'acte** (de la diversification à la sortie) (4/145)
- une **information transparente sur le médicament** (publication des études, fixation des tarifs, rapports sur les coûts) (4/145)
- une **diminution de la charge de travail administratif** (4/145)

2.2.2 Analyse verticale

L'analyse verticale donne une structuration par objectifs :

a) MODIFIER LA REMUNERATION

En ambulatoire

- En quantité

Augmenter le niveau absolu de rémunération des médecins, mais aussi des autres soignants, aboutissant à financer largement le secteur des soins primaires.

- En qualité

Découpler acte et rémunération, remettant en cause le paiement à l'acte exclusif. Une proposition est de diversifier les modes de rémunération. Il s'agit

- de mieux reconnaître le travail administratif en le rémunérant spécifiquement ;
- de reconnaître et encourager le travail d'équipe en ambulatoire en le rémunérant également spécifiquement
- de reconnaître et valoriser la formation médicale en la rémunérant (l'indemnisant)

A l'inverse, une proposition est de supprimer l'ensemble des forfaits, dont le P4P ; ce qui peut valoir soit pour maintien du paiement à l'acte et contre la diversification des modes de rémunération ; soit pour le basculement vers le salariat.

A l'hôpital

Supprimer le financement par la T2A

b) DONNER LES MOYENS DU SOIN

Les moyens intellectuels :

Donner une formation médicale de qualité, permettre une mise à jour avec une formation médicale continue +/- une évaluation continue des connaissances.

Permettre une pratique réflexive, en s'investissant dans les départements de médecine générale

Permettre une autonomie, majorer la responsabilité professionnelle, redonner du pouvoir au médecin pour augmenter la liberté professionnelle (« *pour ne plus voir le médecin désabusé* », M29). Il s'agit également de permettre de faire des choix et prendre des décisions pertinentes pour le patient sans influence (économique, ou industrielle pharmaceutique) : suppression de la visite médicale, formation des soignants sur les conflits d'intérêt. Un médecin propose la suppression du principe de précaution.

Les moyens pratiques :

Les moyens pratiques se concentrent autour de l'amélioration des conditions de travail :

- majorer le temps médical donc diminuer le temps de travail administratif
- disposer d'outils de travail simples, sécurisés, cohérents et universels (systèmes d'informatisation et d'information). A ce compte, les propositions varient entre exclure le DMP (Dossier Médical Partagé) (M20), ou le rendre plus efficient (M32). Ces outils permettent d'éviter des redondances (actes, traitements) (M26, M32) de réaliser une synthèse clinique utile pour le patient, plaçant le médecin généraliste au centre de la prise en charge. (voir plus bas)

C) VALORISER ET REDEFINIR LES ROLES ET FONCTIONS

Valoriser :

Valoriser par une reconnaissance en majorant le nombre de médecins généralistes, et en créant un enseignement à part entière.

Valoriser par la reconnaissance de la prise en charge globale, la reconnaissance de la gestion de la polypathologie.

Valoriser et reconnaître le travail administratif supplémentaire (notamment par la rémunération)

Redéfinir :

Donner un rôle de pivot au médecin généraliste, qui sera le détenteur responsable d'une synthèse clinique réelle du patient. Il sera à même de réguler à partir de la ville les consultations non programmées aux urgences, diminuant ainsi leur nombre.

d) PROPOSITIONS SUR LE SYSTEME :

Société/patients :

Mettre au cœur d'un débat de société des décisions sur le système de soins.

Placer le patient au centre, favoriser son concours pour la prévention, l'éducation ; une proposition vise à la « *responsabilisation du patient* » (M27).

Favoriser l'accès aux soins en supprimant les franchises, en facilitant le tiers-payant, en supprimant le secteur 2, en favorisant la disponibilité des spécialistes.

Professionnels de santé :

Modification des rapports ville-hôpital, avec diminution de l'hospitalo centrisme (hôpital qui se limiterait aux soins de haute technicité) d'une part, et meilleure coordination.

Modification des rapports entre praticiens également avec transmission interprofessionnelle accrue des données (entre généralistes et spécialistes et entre généralistes).

Sécurité sociale :

Limiter son rôle à celui de payeur, n'autorisant pas l'établissement de recommandations de pratique.

A propos des prises de décisions dans le système:

Prise en compte et écoute des praticiens de terrain, avec pondération des avis d'experts.

Stopper l'influence des industriels (pharmaceutiques) et commerciaux sur le système (« *Etanchéiser le système de santé vis-à-vis des intérêts industriels et commerciaux* », M16), notamment au niveau de l'expertise sanitaire. Ce qui oblige à la transparence d'information sur le médicament (études pharmacologiques, coûts, fixation des tarifs)

Décider à partir de diagnostics de santé territorialisés, selon l'environnement et population, qui pourra être ciblée.

S'aider d'études épidémiologiques et de santé publique robustes (« *des études pharmacologiques et de santé publique enfin dignes de ce nom* », M39)

Décisions sur des objectifs de santé des populations globaux, sans dispersion.

Des propositions novatrices :

Création d'un système public de soins primaires

Création d'une instance professionnelle pour l'accompagnement en cas de souffrance au travail.

2.3 Les raisons du refus

Comme annoncé, nous avons établi en partie ce questionnaire pour aider à sélectionner ensuite des médecins pour les entretiens. La question ouverte sur « les raisons du refus » **dans le questionnaire** nous a semblé évidente pour que les médecins ayant participé puissent s'exprimer, mais nous ne l'étudions pas ici volontairement puisque le cœur de l'analyse des raisons du refus s'est faite de manière approfondie **avec les entretiens**. Par conséquent est mis en annexe l'ensemble des réponses données à cette question par les médecins dans le questionnaire (**annexes XIX**).

En guise de conclusion pour cette section, on peut dire que les 2 analyses du questionnaire (hors la question sur les raisons du refus, donc) montrent que **l'indépendance est une exigence importante de l'amélioration et de la qualité**, à toutes les étapes (formation, expertise sanitaire, structures et modes décisionnels dans le système de soins). A ce propos, on voit que même la formation n'arrive pas en tête. Et même en réattribuant la proposition « formation médicale indépendante », qui a fédéré le plus, à la thématique « formation » et non plus « indépendance », elle n'arrive pas non plus en tête. Il s'agit là de **garantir des données robustes, fiables par des organismes intègres**. Ainsi, **tout conflit d'intérêt est analysé de la même manière** : industrie pharmaceutique et assurance maladie sont assimilées (corrélation des relations entretenues), probablement vues comme utilisant les mêmes stratégies. Et c'est pour cela également que sont mis en avant, hors même de leurs fonctions premières (à la question sur des entités pouvant faire des propositions pertinentes pour le système de soins) des collectifs tels que le FORMINDEP ou des revues comme PRESCRIRE ou PRATIQUES, réputés dénués d'influence.

Les médecins interrogés désignent la rémunération comme un enjeu absolument majeur contrairement à ce qu'on pourrait penser. Il est un levier puissant du temps médical, des conditions de travail. **N'importe quelle augmentation n'est pas pertinente** : la manière dont les revenus sont augmentés et ce qui est rémunéré compte énormément.

Au niveau structurel, les médecins demandent également un **double changement de polarité**, avec un rôle réel plus central du médecin généraliste dans les soins primaires, et un rôle plus central des soins primaires dans le système de soins. La confiance aux tutelles, dans lesquelles Assurance Maladie et Etat sont assimilés (corrélation entre les confiance cédées à l'une et à l'autre) est dramatiquement entamée.

DEUXIEME SECTION: ANALYSE DES ENTRETIENS TELEPHONIQUES

Parmi les 42 médecins ayant définitivement donné leur accord pour cette étude et ayant répondu au questionnaire, 13 médecins généralistes ont été choisis et interviewés par téléphone et enregistrés. Les entretiens se sont déroulés pendant une **moyenne de 40mn et 30s**. Un entretien a posé un problème technique n'ayant pas permis de faire un enregistrement exhaustif, obligeant à compléter par des notes à la volée. Ci-dessous le tableau récapitulatif de ces entretiens, anonymisés et classés dans l'ordre d'intérêt informatif et chronologique (nouvelle numérotation).

médecins	date	durée
M1	21/10/2013	36'26
M2	29/10/2013	37'58
M3	02/11/2013	53'01
M4	05/11/2013	41'54
M5	08/11/2013	35'01
M6	10/11/2013	52'15
M7	12/11/2013	57'58
M8	21/10/2013	51'26
M9	28/10/2013	28'59
M10	28/10/2013	50'43
M11	15/11/2013	21'28
M12	03/11/2013	26'51
M13	05/11/2013	31'42

Tableau 10: Tableau récapitulatif des données d'enregistrement des entretiens (la numérotation des médecins a été refaite après le dépouillement du questionnaire)

L'analyse a consisté à isoler les raisons du refus, et par induction à créer des catégories thématiques auxquelles elles se réfèrent. Les raisons ont été donc attribuées à des thématiques, toutes codées, et analysées par médecin puis entre médecins.

1. ANALYSE HORIZONTALE

L'analyse thématique horizontale identifie les thèmes suivants :

- **les indicateurs (A)**
- **la RO SP comme rémunération (B)**
- **les modalités du dispositif de la RO SP (C)**
- **l'éthique, la déontologie, la morale (D)**
- **les relations entre médecins et assurance maladie (E)**
- **fonctions/rôles de l'assurance maladie (F)**

- **relations médecins/patients, médecins/société (G)**
- **les effets, résultats, conséquences de cette ROSP, que l'on peut diviser en 3 sous thématiques : les effets attendus (objectifs affichés du dispositif) - H, les effets inattendus/négatifs/pervers – H', les effets interprétés par les MG comme voulus mais non dévoilés, H''.**

Le codage dans chaque thématique de toutes les raisons exprimées permet de mettre en lumière les occurrences fortes, les cooccurrences significatives et les thématiques importantes, partagées par le plus grand nombre de médecins interviewés.

Dans la suite de l'exposé, on distinguera donc les thématiques (en majuscules, codées par une lettre) qui contiennent donc les raisons exprimées (en minuscules). Elles sont présentées de manière exhaustive dans le tableau page suivante. **(Tableau 11)**

288 raisons ont été extraites de ces 13 entretiens, soit une moyenne de 22 raisons par entretien (sans présager de leur répétition éventuelle, voir plus bas), et des extrêmes entre 10 raisons exprimées et 47 raisons exprimées. Les discours ont été variables en longueur, et en contenu (variation, informativité).

1.1 Deux axes porteurs : les INDICATEURS et les EFFETS/RESULTATS DE LA ROSP

1.1.1 En termes de thématiques

La thématique la plus fréquente est celle des EFFETS/RESULTATS DE LA ROSP (51/288 soit 17,7%), notée H. Ensuite, on retrouve la thématique des INDICATEURS (47/288 soit 16,3%), notée A. Puis la thématique ETHIQUE/DEONTOLOGIE/MORALE (38/288 soit 13,2%), notée D ; et la thématique FONCTIONS/ROLES DE L'ASSURANCE MALADIE (37/288 soit 12,8%), notée F.

On pourrait noter dans cette logique **H>A>D>F**.

	A	B	C	D	E	F	G	H	H'	H''
THEMES	indicateurs	mode de rémunération	modalités du dispositif	éthique, déonto, morale	relations AM/MG	fonctions/rôles AM	relations MG/P	effets, résultats, conséquences		
1	non valides scientifiquement=5	remise en cause PAA,forfait=9	adhésion tacite=2	contrat de résultats=1	mépris=4	payeur, rembourseur=3	modification, distanciation=5	effets attendus	effets inattendus	effets voulus mais non dévoilés
2	non pertinents santé=9	lissage, maîtrise, prospective dépenses=2	dissimulation des modalités=8	aliénation de l'indépendance et du libre arbitre=11	manque de confiance =2	pas de compétence pour établir la qualité=4	dirigisme=6	qualité soins=22	adaptation, spillover effects=3	stratégie pouvoir=10
3	non pertinents qualité=10	surjustification =7	délai court, insuffisant=4		opposition colère=3	fonction de contrôle de l'activité médicale=23	sélection=6	santé indiv/pub=15	discrimination entre MG=2	stratégie financière=6
4	risque d'évolution=5	prime=11	AM juge et partie=2	conflit d'intérêt=16		pas de compétence pour l'EPP=4	crédibilité, légitimité, confiance=5	économies=14	majoration travail administratif charges=1	
5	critères économiques/financiers=5		données non fiables=8	immoralité=3		délégation de tâches administratives=3			souffrance MG=1	
6	non maîtrisés par MG=4		système rigide, sans possibilité de sortir=1	éthique=4					déshumanisation robotisation=4	
7	inertie temporelle=4			dignité=3					scandale public=3	
8	rigidification de la pensée sc/méd=5									

Tableau 11: Tableau récapitulatif des raisons exprimées par thématiques

(AM= Assurance Maladie ; MG Médecins Généralistes ; P= Patients ; PAA= Paiement à l'Acte ; en jaune = les 3 raisons les plus fréquentes ; en bleu = les autres raisons fréquentes)

On observe si ces thématiques sont « partagées » par les médecins pour éventuellement les nuancer.

En étudiant l'étendue des médecins citant un thème donné, on peut donner les EFFETS/RESULTATS DE LA ROSP (H, partagée par une moyenne de 7/13 médecins), puis les FONCTIONS/ROLES DE L'ASSURANCE MALADIE (F, partagée par une moyenne de 5/13 médecins), puis les INDICATEURS (A, partagée par une moyenne de 4/13 médecins). Puis à égalité la ROSP COMME REMUNERATION et les RELATIONS MEDECINS/PATIENS.

On pourrait noter en reprenant cette nuance **H>F>A>B=G**.

1.1.2 En termes de raisons exprimées

Les occurrences les plus fréquentes sont :

- les critiques du contrôle exercé par l'assurance maladie sur l'activité médicale (23/288 soit 8%) – thématique F
- les critiques des effets attendus sur l'amélioration des pratiques ou de la qualité de soins (22/288=7,6%) – thématique H
- le conflit d'intérêt (16/288) – thématique D
- les critiques des effets attendus sur la santé individuelle/publique (15/288 soit 5,2%) – thématique H
- les critiques des effets économiques attendus (14/288 soit 5%) – thématique H.

En termes de cooccurrences, on retrouve :

- de nouveau les critiques sur le contrôle par l'AM (204 cooccurrences), thématique F
- le conflit d'intérêt (193 cooccurrences), thématique D
- l'aliénation de l'indépendance et du libre arbitre (170 cooccurrences), thématique D

Pour faire le même travail qu'avec les thématiques, on cherche à connaître réellement le « partage » des raisons les plus fréquentes entre les médecins, pour nuancer éventuellement des discours volubiles répétant une raison. On trouve parmi les raisons les mieux « partagées » :

- les critiques sur les effets attendus concernant l'amélioration des pratiques ou de la qualité de soins (partagées par 10/13 médecins), thématique H.

- les critiques sur le contrôle exercé par l'AM (partagées par 9/13 médecins) – thématique F- mais avec une forte redondance dans un des entretiens, pratiquement entièrement polarisé sur cette critique, diminuant en réalité sa force d'occurrence.
- Les critiques sur la pertinence des indicateurs en termes de santé (8/13 médecins), thématique A.
- Le conflit d'intérêt (partagé par 8/13 médecins), thématique D

Par ailleurs, on retrouve les thématiques A et H présentes de manière constante dans tous les entretiens.

DONC, en considérant les thématiques et les raisons individualisées dans chaque thématique, on peut dire que :

- **la thématique H est largement significative**
- **la thématique F est très présente, mais doit être nuancée par une forte répétition par un locuteur (qui produit à lui seul près de la moitié des raisons de cette thématique)**
- **la thématique A est également très significative**
- **la thématique D a de fortes cooccurrences, bien qu'elle ne soit pas en volume très manifeste, ce qui peut la rendre signifiante en termes de relations inter thématiques.**

1.2 Des polarisations

Certains discours sont très polarisés, empruntant une raison ou une thématique qui se décline plusieurs fois au cours du discours.

En termes de thématiques : c'est le cas pour les MODALITES DU DISPOSITIF (C) et les FONCTIONS/ROLES DE L'AM (F).

En termes de raisons exprimées : c'est le cas pour les critique sur le « contrôle exercé par l'assurance maladie », dont la moitié des occurrences est le fait d'un médecin. C'est également le cas pour «données de l'Assurance maladie contestables», et pour la critique de la « dissimulation des modalités du dispositif ».

1.3 Un entretien centré sur une causalité d'amont

Un entretien est atypique structurellement, et très instructif. Des thématiques communes aux autres sont retrouvées, mais la structure est radicalement différente, avec une remise en

cause que j'ai nommée « en amont » du dispositif, c'est-à-dire la mise en cause directe de la légitimité d'un tel outil, et le refus de la dialectique même qu'il porte, plutôt que le refus de ses indicateurs, constituants, effets etc.

2. ANALYSE VERTICALE

C'est à la lumière de l'analyse horizontale que nous abordons la suite. En gardant à l'esprit les thématiques A et H comme fortement significantes, et D comme jouant un rôle d'articulation, on reprend les verbatim pour étayer des relations inter thématiques.

2.1 Une critique majeure des effets attendus du dispositif

C'est l'axe principal autour duquel s'articulent les raisons exprimées.

2.1.1 La ROSP n'améliorera pas les pratiques ni la qualité des soins

C'est la deuxième raison la plus fréquemment donnée, toutes thématiques confondues. Elle est constante dans la plupart des entretiens, avec des « circuits de causalité » variables, caractérisés en causalité simple (rapport d'opération direct) et en causalité multiple ou intriquée (rapport d'opération indirect).

2.1.1.1 A cause des indicateurs (causalité simple)

La ROSP n'améliorera ni les pratiques ni la qualité des soins, et ce à cause des indicateurs.

Certains sont qualifiés d'une part de non valides scientifiquement, ce qui ne peut fonder en soi des pratiques de qualité, à moins de considérer qu'on peut pratiquer sans considération scientifique, ce qu'un médecin résume en disant : « *ce sont les bases du charlatanisme. Dans ce cas là, pourquoi pas l'iridothérapie, ou que sais-je ?* » (M3)

D'autre part, étant donné l'état de la science actuel, les indicateurs ont une forte inertie temporelle, surtout lorsqu'ils sont figés dans un dispositif « administratif », ce qui est incompatible avec la vitesse de progression des données de la science. Le risque est donc de fonder des pratiques dans le temps sur des indicateurs devenus « périmés ».

En dehors de leur choix, les indicateurs sont critiqués en soi. Etant ponctuels ou intermédiaires, ils sont accusés de ne pas pouvoir évaluer sérieusement les pratiques médicales, que les médecins répètent être une prise en charge globale.

Les indicateurs ne mesurent pas certains aspects majeurs de cette prise en charge. Les médecins interrogés insistent là sur les composantes du travail médical comme : la qualité d'écoute, d'empathie, la capacité d'accompagnement du patient dans des filières de soins, ou de réseaux, la pertinence du choix des parcours, l'attention faite à la possibilité pour le patient de réaliser réellement ces parcours. Ce qui fait des indicateurs choisis dans la ROSP des indicateurs « à côté du métier ».

Par ailleurs, ils créent une « rigidification » avec un enkystement des pratiques, qui sont alors indexées sur ces indicateurs, ralentissant la mise en mouvement d'un esprit critique. Ces indicateurs ne créent donc pas de contexte favorable à une évolution, voire une amélioration des pratiques en fonction des données scientifiques.

Enfin, un médecin pointe leur faible valeur pédagogique en soi : les résultats « obtenus » sont des chiffres globaux, non rattachés à des situations cliniques précises. « *Puis ça me fera pas avancer sur ma démarche au quotidien. Moi, j'ai besoin de réagir sur les dossiers patients, sur les dossiers de chaque patient. Et pas globalement !* », M7. Ces chiffres ne permettent pas de réaliser « l'aller-retour » permanent entre connaissances et expérience pour une pratique réflexive, à même de fonder une pratique de qualité.

2.1.1.2 A cause des problèmes éthiques et déontologiques (causalité multiple)

Dans l'analyse des circuits de causalité entre les thématiques, et notamment en ayant la thématique H en tête, on voit que la thématique D (éthique, déontologie, morale) est la cheville permettant l'articulation entre H et les autres thèmes.

La notion de **contrat de résultats** et non plus de moyens est fortement dénoncée. Il en est de même du **conflit d'intérêt** contenu dans le dispositif. Il intervient entre le médecin et son patient : le médecin étant alors partagé entre son intérêt financier et l'intérêt de santé de son patient. Ou entre l'Assurance Maladie et le patient : l'Assurance Maladie étant partagée entre l'intérêt du patient (le solvabiliser) et l'intérêt de son équilibre financier. Ces notions sont dénoncées en tant que tel, d'un point de vue presque moral.

Mais ces 2 notions sont aussi dénoncées comme forces d'orientation du travail du médecin, une influence identique à celle du conflit d'intérêt généré par l'industrie pharmaceutique, consciemment et inconsciemment (« *Parce que pour moi en clair, il n'y a pas de différence entre accepter de l'argent de l'assurance en échange de participer à un programme de prévention par exemple ou de recevoir de l'argent d'un laboratoire pour accepter de prescrire un médicament.* » M4). Le conflit d'intérêt détourne le médecin et scinde l'intérêt qu'il portait uniquement à son patient en 2 intérêts distincts : le sien propre, et celui du patient. Le contrat de résultats et sa rémunération potentialisent cette scission en lui donnant un poids « palpable » (le gain), matérialisant un consistant rétro contrôle positif.

La force de cette dénonciation du conflit d'intérêt vient du fait que les médecins interrogés affirment que personne ne peut se soustraire à cette influence (« *Mais on sait bien que quand il y a une carotte, on va toujours essayer d'en croquer un petit bout, même si on a l'impression qu'on y échappe* », M5), que certains ont par ailleurs déjà subi, connaissant donc bien ses implications (incitations à la télétransmission etc.). On ne peut faire fi de cette influence, à moins d'être naïfs (« *Les gens sont extrêmement naïfs sur ce point là ; et c'est une faiblesse.* », M4), de mauvaise foi ou encore présomptueux (par le fait de penser qu'on y échappe parce qu'on appartient à une classe socio intellectuelle supérieure, M3).

Le conflit d'intérêt fait céder le médecin à son intérêt propre en lieu et place de celui du patient. L'existence d'une rémunération variable pousse à la maximisation de la récompense. Ce qui conduit à l'émergence d'**effets pervers**, à l'encontre de pratiques de qualité, ou même à l'origine d'une détérioration de la qualité par :

- Une **modification de la relation de soins**. Le patient sera considéré comme frein à l'augmentation de revenus du médecin en fonction du comportement qu'il va adopter en sortant du cabinet médical. La relation pourra évoluer d'une simple distanciation à l'énervement. « *En revanche, ça va modifier le comportement du médecin dans la mesure où le mauvais malade, celui qui ne fait pas bien son HBAIC, celui qui veut pas arrêter sa benzodiazépine longue durée, celui-là, il va être pris en grippe !* », M6.
- Une **modification de la pratique d'information du patient** : de la sous information à la non information, jusqu'au dirigisme, le patient pourra être privé des données essentielles lui permettant de faire un choix éclairé pour être orienté vers des choix rémunérateurs pour le médecin.

- Une **adaptation aux indicateurs « rémunérateurs »** qui capteront l'attention et l'effort, au détriment d'aspects fondamentaux, mais non rémunérés, (un médecin parle de « *tâches aveugles* », M6) qui peuvent même se détériorer sous l'effet d'aubaine de la prime (ce que les anglo saxons nomment *spillover effects*). C'est le résultat de la symétrie d'information : médecins comme tutelles savent ce qui est rémunérateur.

Un autre circuit de causalité met aussi en jeu le conflit d'intérêt, cette fois-ci à travers la diminution des capacités de jugement, ce que certains médecins nomment une « baisse de vigilance ». Le conflit d'intérêt brouille la réflexion, change les termes de la décision médicale. Il porte atteinte au libre arbitre. Il y a 2 conséquences directes, sources de mauvaises pratiques :

- Cela peut concourir à prendre des décisions mal adaptées au patient donc à mal pratiquer.
- Cela peut faire perdre de vue les questions ou les controverses qui ont cours sur la validité scientifique d'un examen ou d'une thérapeutique.

2.1.1.3 La ROSP ne contient pas de ferments pédagogiques (causalité multiple)

La ROSP est accusée de ne pas pouvoir faire bouger les lignes. On l'a vu plus haut avec la nature des indicateurs, chiffrés et globaux, bloquant tout aller-retour réflexif dans la pratique et empêchant de générer un mouvement questionnant sur sa propre pratique.

Par ailleurs, la ROSP ne peut avoir de prétention pédagogique à cause de la **symétrie d'information**, dont on a parlé plus haut. Elle dynamite toute progression à la base. Un médecin fait le parallèle avec la pédagogie dans le système scolaire/universitaire : « *C'est exactement le même principe que si vous avez des sujets d'examen, des étudiants et que vous donnez les sujets en avance. Les étudiants vont voir de très bonnes notes aux sujets posés à l'examen puisqu'ils les connaissent d'avance, mais globalement, ils ne vont pas apprendre grand-chose, puisqu'ils vont juste apprendre les questions de l'examen.* » (M2).

Enfin, un circuit de causalité met en jeu à la fois les indicateurs comme non représentatifs du travail médical invisible ; le conflit d'intérêt et le contrat de résultats orientant le stratégie d'action et de décision médicale ; et de nouveau ce phénomène d'adaptation aux indicateurs. Ces 3 notions permettent de décrire la double mauvaise reconnaissance que fait le P4P. Il ne reconnaît pas le contenu d'un travail médical ayant une plus-value indéniable mais

invisible, et en même temps peut reconnaître à tort et récompenser un travail se bornant aux indicateurs, qui aura pourtant toutes les tares d'une pratique discutable. Un médecin l'évoque avec amertume : « *Donc ce monsieur là, dans ses objectifs, il va toucher bonbon ! Parce qu'il va garder les diabètes bien équilibrés (...) Donc ce monsieur il va être rémunéré comme s'il faisait du bon travail et au final, c'est peut-être le pire de tous les charlatans du secteur !* » (M9). Ainsi la ROSP ne peut améliorer les pratiques car elle ne peut les discriminer réellement et même encourage les plus discutables. Un médecin le dit plus vertement : « *Flaubert disait dans son dictionnaire 'la médiocrité chérit la règle'; c'est exactement ça.* » (M2). Et ce qui en découle : la ROSP ne contient donc pas de ferments pédagogiques. « *En termes de pédagogie, je pense pas que ça soit plus efficace.* » (M12).

Après les critiques sur les effets attendus sur l'amélioration des pratiques, il y a les critiques sur les effets attendus sur la santé.

2.1.2 La ROSP n'améliorera pas la santé individuelle ou publique

De même, on décrit des circuits de causalité simple ou intriquée.

2.1.2.1 Situations cliniques contre données statistiques

L'analyse des verbatim montre que les médecins font la différence entre des critères pouvant être « valables pour tous », mais non « utiles pour tous ». La fonction de la décision médicale est justement d'intégrer la valeur des données statistiques dans un contexte unique pour une action pertinente pour la santé du patient en fonction de son état et de ses plaintes.

Ce qu'un médecin résume en disant : « (...) *si on se met à suivre des indicateurs au lieu de suivre des patients, ça va avoir un impact négatif sur une partie des patients, parce qu'il y a une partie des patients (et à mon avis elle est plutôt large) qui ne rentre pas dans les moules déterminés sur des dossiers statistiques. Et du coup, il y a un grand nombre de patients pour qui appliquer la recette, la recommandation, c'est une bêtise.* » (M5)

Un médecin exprime le « normatif » comme producteur de décisions absurdes dans un système complexe, dynamique et continu, absurdité qui se majore aux bornes des normes (difficulté de gestion des cas en « queues de distribution », effets « seuil »).

2.1.2.2 Remise en cause de l'accès aux soins

Il n'y aura pas non plus d'amélioration de la santé individuelle, à cause d'une remise en cause de l'accès aux soins.

En effet, parmi les effets pervers relatifs la recherche d'une maximisation de récompense à cause du contrat de résultats, il y a la sélection des patients « rémunérateurs » fournissant de « bons » résultats, compliants, ou présentant des problématiques de santé peu complexes. Des patients polypathologiques nécessitant une attention marquée seront exclus. Des patients également considérés comme « moins aptes » à suivre des conseils médicaux seront aussi écartés. Il s'agit là d'un enjeu éthique fort soulevé par un médecin, rapprochant cette idée d'autres idées venues des heures sombres de l'histoire.

Globalement, cette recherche de maximisation de la récompense va aggraver la sélection narcissique à but identitaire qu'exerce chaque médecin envers les patients, de façon plus ou moins consciente (M3). La recherche/la captation de patients répondant favorablement à ses soins renforce le médecin comme « bon » soignant.

D'autres médecins prévoient une diminution d'accès aux cabinets médicaux dans le futur, si la ROSP, considérée comme forfait, se majore, poussant les médecins à multiplier les patients suivis pour augmenter leur points, mais sans pouvoir majorer leur temps de travail.

2.1.2.3 Une remise en cause en amont : médecin et santé publique

On l'a dit précédemment, un médecin fait une critique en amont, ne se plaçant pas sur le plan du dispositif ou de ses modalités, mais sur le plan de la légitimité de cet outil et de la dialectique qu'il porte.

Il s'agit de dénoncer la place « donnée » au médecin dans la santé publique. Cette place est surévaluée et attribuée par les tutelles elles-mêmes, qui justifient ensuite d'améliorer les pratiques du médecin dans ce domaine. Car la santé publique recouvre des problèmes dont la plupart des déterminants ne sont pas médicaux, mais d'ordre social, politique, environnemental etc. Et dans ce cadre : « *Le rôle du médecin, c'est un épiphénomène.* » (M6).

Un outil comme la ROSP donne donc l'illusion d'une médecine au centre de la santé publique, majorant la fonction du médecin en lui faisant peser une part de responsabilité. « *Je pense que le rôle du médecin généraliste dans le cadre de la santé publique est extrêmement marginal.* » (M6). Refuser la ROSP comme outil de santé publique, c'est donc aussi réaffirmer que la santé publique n'est pas un problème majoritairement médical et c'est refuser le leurre

qu'il constitue. « *Donc là encore, parler aux médecins de santé publique, aux médecins lambdas, isolés, là encore c'est du foutage de gueule. Parce que c'est la politique du pouvoir, la politique de la santé au travail, c'est la politique de l'habitat, des transports, qui est en grande partie responsable de la santé publique. Donc là encore, il y a une duperie idéologique à mon sens.* » (M6)

2.1.3 Réaliser des économies ?

Les avis sont partagés à ce niveau. Les médecins reconnaissent que l'Assurance Maladie a lancé cet outil dans un but de maîtrise des coûts. Des indicateurs sont clairement identifiés comme comptables (prescription de génériques). Certains s'accordent pour voir dans la ROSP une forfaitisation, avec une meilleure prospective sur les dépenses. D'autres pensent qu'au contraire la facture sera élevée, notamment à cause de la lourdeur de la gestion administrative. « *Ce que j'aimerais bien c'est que la Sécurité Sociale communique sur le coût : ce que ça lui coûte de surveiller les indicateurs, d'envoyer des DAM [délégués de l'assurance maladie, ndlr] chez les médecins. Ca a un certain coût.* », M7.

Dans le cas de la ROSP, le conflit d'intérêt du médecin pousserait plutôt à multiplier les actes et certaines prescriptions (notamment pour les diabétiques) pour satisfaire aux objectifs, plutôt qu'à utiliser parcimonieusement la thérapeutique, voire à déprescrire. Il n'y aura donc pas d'économies.

2.2 Une critique majeure des relations et des fonctions de l'Assurance Maladie

On a vu que les thématiques A (INDICATEURS) et H (EFFETS/CONSEQUENCES) s'interconnectent de manière directe ou indirecte. Lorsque c'est de manière indirecte, c'est par l'intermédiaire de la thématique ETHIQUE, DEONTOLOGIE.

Il nous faut maintenant étudier la thématique F, majeure mais nuancée par sa polarisation dans un entretien. Néanmoins, elle contient la raison la plus fréquente: la critique du contrôle de l'assurance maladie sur l'activité médicale. Quelle relation avec les autres thèmes ? Quelles explications ?

2.2. L'AM contrôleur de l'activité médicale

2.2.1.1 En amont : critique de la légitimité du contrôle

La critique en amont pose de nouveau sur la table la légitimité même d'un contrôle de l'activité médicale, et d'abord parce qu'aucune compétence n'est donnée à l'Assurance Maladie en termes de connaissance ou pertinence médicale.

2.2.1.2 En aval : critique des objectifs du contrôle

Certains concèdent donc que la Sécurité Sociale doit réguler ses dépenses. Elle chercherait donc à maîtriser le pouvoir discrétionnaire du médecin, qui se comporterait comme un auto prescripteur de dépenses.

Cette recherche constante se transforme en défiance face à des médecins qui semblent jouir d'une prérogative de liberté. *« D'abord, les tutelles ne supportent pas l'indépendance des médecins. Le fait que les médecins puissent être des consommateurs de coût et qu'ils puissent le faire sans contrôle est une chose qui est très difficile à admettre pour un gestionnaire (...) »* (M2). Nous disons défiance, voire détestation : *« La Sécu, elle aime pas le libéral. »* (M10)

Pour maîtriser ce pouvoir discrétionnaire du médecin, un minimum pour l'Assurance Maladie est de « savoir » pour « contrôler », ce qu'elle fait déjà depuis quelque temps. *« Après bah ils ont mis en route plein d'ordinateurs pour regarder ce qu'on faisait dans les cabinets ; ils le savaient déjà ce qu'on faisait dans les cabinets. »*, M7). La ROSP affine ce contrôle par la possibilité de niveller les médecins, *« pour voir les profils »*, M7

a) critique du contrôle pour le contrôle (stratégie de pouvoir)

Mais il y a aussi le contrôle de la Sécurité sociale sur l'activité médicale en dehors de toute considération de maîtrise économique : un contrôle sans objectif, s'apparentant à une stratégie de pouvoir. A ce titre, la ROSP est significative: *« Bah je pense qu'ils veulent augmenter la pression sur les médecins. Je pense que c'est aussi un test pour voir si les médecins peuvent obéir au doigt et à l'œil. »* M7.

Les recommandations donnant lieu aux indicateurs du P4P sont des outils de cette stratégie de pouvoir. A ce sujet, un médecin rappelle que l'HAS (Haute Autorité de Santé), qui produit les recommandations, a des missions régies par le Code de la Sécurité Sociale et non

par le Code de le Santé Publique (M3). Ce qu'un autre médecin reprend sous une autre forme: « *Oui, mais ça revient au même, c'est la caisse qui demande la norme. Quand la Sécu a un problème, elle demande une recommandation, c'est comme ça que ça marche.* » (M10). L'HAS par sa force d'orientation des pratiques via les recommandations devient un outil de coercition.

En pratique dans les verbatim, le pouvoir s'exerce de 3 façons :

- **création d'une dépendance**

La ROSP crée cette dépendance des médecins grâce au blocage des honoraires liés aux actes, qui d'après les médecins interrogés est combiné à cette mesure. « (...) *Je pense déjà qu'ils voulaient bloquer le C* » (M7) – « (...) *c'est-à-dire la consultation je te promets qu'elle sera bloquée.* » (M10). Le niveau de revenus dépend maintenant pour partie d'objectifs à remplir : « *Et donc le fait d'avoir une rémunération à la performance qui va être, comment dire, la seule variable d'ajustement des revenus des médecins (le coût de la consultation ne sera plus augmenté) et en fait l'augmentation de rémunération sera compensée par l'augmentation de la rémunération à la performance.* » (M2). Un médecin déjà rémunéré ne peut plus renoncer à ce surplus de revenus. « *Quand vous, euh, vous pouvez pas quand vous gagnez 5000, 10000 euros par ans et dire "oh ben non, j'arrête !". Non, vous êtes habitués à les gagner donc c'est très dur de revenir en arrière.* » (M2)

- **création d'un auto contrôle**

Les médecins signataires, adhérents à ce contrat de résultats, devront justifier de leurs pratiques régulièrement, exerçant une auto surveillance constante pour cadrer le profil rémunérateur. Car ces médecins acceptent avec la ROSP l'« accompagnement » continu par la caisse. L'auto surveillance est renforcée par le niveau de prime (*feedback positif*).

- **dépropriation des compétences**

L'étude du verbatim des entretiens contenant la thématique F offre une perspective sur cette dépropriation. Elle consiste en une double opération: 1) rendre inopérantes les compétences/connaissances 2) brouiller les limites des champs d'action dans le travail.

1) Les pressions sur la prescription mettent en tension les cadres habituels de la décision. « *On est censés mettre toutes nos connaissances au service du patient qu'on doit soigner, mais à l'arrivée on a tellement d'astreintes, de contraintes etc. qui font qu'on ne peut plus mettre toutes nos connaissances au service de la personne parce que de toute façon on n'a plus le choix du*

traitement (...) » (M8). Ces pressions de prescription réduisent la valeur des connaissances antérieurement acquises, qui ne sont plus mobilisables que dans des schémas pré établis.

Par ailleurs, la dépropiation rend également inutile la compétence médicale d'intégration de données cliniques variables : elle est moins valorisée (financièrement) que l'application univoque de recommandations. Le médecin devient « *un agent informatique* », agissant de manière algorithmique, automatisée. « (...) *parce que notre bras il est télécommandé par la Sécurité Sociale (...) » (M8).*

Le verbatim exprime un champ lexical autour de la perte à travers une image de contenu vidé et remplacé.

2) La dépropiation utilise un brouillage permanent des fonctions et rôles à tenir pour chacune des parties, médecins et Assurance Maladie, assouplissant les lignes pour les franchir et s'approprier des compétences.

Ainsi, la Sécurité Sociale s'arroge une fonction presque médicale dans le domaine de la prescription. « *Et qui [les DAM, ndlr] leur [les médecins] disent "bah attendez, pour tel patient, il est diabétique, il faut lui prescrire ça, ça et ça" : enfin qui leur font un petit peu de ...euh... comment dire de l'information médicale, mais c'est que des démarcheurs de l'assurance maladie, c'est que des médecins de caisse quoi ! » (M7).*

La Sécurité Sociale s'arroge également une fonction d'évaluation des pratiques professionnelles et de qualité des soins que les médecins récusent. « *Donc le côté : les tutelles sont indispensables pour améliorer la qualité du travail est un mythe entretenu et totalement faux.* » (M2) ; « *C'est pas à la Sécu de nous évaluer.* » (M13) Car l'Assurance maladie n'a aucune compétence médicale : « *Mais ils sont venus m'expliquer comment je devais prescrire les anti hypertenseurs etc. J'aurais pu, j'aurais dû leur faire une leçon ! Ils avaient des notions qui étaient (s'arrête, dépité) enfin non, c'était... Ecoutez ils sont minables, ils ont des connaissances théoriques minables et ces gens prétendraient nous évaluer ? Enfin c'est pitoyable ! C'est inacceptable!* » (M6)

Et dans le même temps que des fonctions dévolues aux médecins sont accaparées par la Sécurité Sociale, des fonctions propres à la Sécurité Sociale glissent dans le champ des médecins ; ce que dénoncent fortement les non signataires. « *J'aime pas qu'on me parle sur ce ton là surtout quand il s'agit de faire le travail de la Sécu, sous la contrainte, à mes frais et sous ma responsabilité.* »

(M6). « (...) tu passes la moitié de ton temps à expliquer aux gens ce que la sécurité sociale n'a pas le temps de leur expliquer. Et pendant ce temps là, ils ferment les centres, ils ferment les centres locaux ! » (M8). « Par exemple, se brancher à Ameli pour faire un arrêt de travail par télétransmission, pour moi c'est faire du travail administratif qu'elle [la CPAM] n'a pas à ressaisir et pour autant, le médecin conseil on a fait son travail. (...) Moi je vois bien que la caisse elle veut qu'on fasse son travail. » (M10).

A côté de cette critique du contrôle de l'Assurance Maladie dans une stratégie de pouvoir, il y a dans les verbatim la critique d'un contrôle dans le cadre d'une stratégie industrielle.

b) critique du contrôle à but financier (stratégie industrielle)

Certains médecins refusent un contrôle basé sur des objectifs financiers (et non pas économiques), les indicateurs ayant été choisis pour favoriser des industriels (pharmaceutiques, de matériel de radiologie etc.). « Ensuite il y a des lobbys financiers et pharmaceutiques derrière qui ont probablement des intérêts à pouvoir avoir des projections fiables sur l'avenir pour pouvoir faire des projections de croissance, investir dans des domaines de recherches, voilà. J'en reviens à la mammographie : les gens qui vendent des mammographes ils ont tout intérêt à ce que le dogme reste longtemps quoi. » (M5) La ROSP permettrait donc de viabiliser et pérenniser des pratiques utilisant des ressources ramenant des profits à ces industriels.

2.2.1.3 Critique du contrôle par une entité juge et partie

Ce thème est développé par un médecin, polarisant la thématique.

Le contrôle est fortement remis en cause par la position de juge et partie de l'Assurance Maladie. Juge, elle l'est par sa capacité à « voir pour contrôler » (évaluation), et par sa capacité à rémunérer en fonction des objectifs (sanction/récompense). Partie, elle l'est car elle a des intérêts propres affichés de stabilité économique (et on l'a vu des intérêts non affichés mais énoncés par les médecins de pouvoir ou de rentabilité financière d'industriels). Le contrôle n'est pas impartial, il doit être dénoncé et refusé.

De plus, les médecins sont extrêmement méfiants à l'égard des chiffres qui sont réputés carrément opposables. « Et deuxièmement, la Sécu je pense ne nous donne pas les bons chiffres. » M7 ; « C'est pas nos chiffres ! C'est pas conforme, comment voulez-vous qu'on avance dans les pratiques ? ». (M7). Des chiffres non conformes par un manque de discrimination dans le décompte ; mais également non conformes parce que manipulés. « Ils

manipulent les chiffres, ils font ce qui les arrange. » (M7) « Ils vont jouer sur les chiffres, on ne peut pas manipuler les médecins comme ça. » (M7).

Donc une Assurance Maladie juge et partie avec des données de contrôle non fiables, détenues en totalité par ce même juge et partie explique que le désaccord soit profond.

En clair, les médecins interrogés récusent le contrôle de l'activité médicale exercé par l'Assurance Maladie, et ne lui autorisent que sa fonction première de remboursement sans aucun droit ni compétence à outrepasser cette seule fonction. *« La sécu, elle est là pour rembourser. » (M10)*

2.2.2. En arrière plan, des relations médecins/assurance maladie très dégradées

2.2.2.1 Le refus du mépris

Il s'agit du mépris affiché des caisses, et plus largement des tutelles, envers les médecins. Ce mépris s'est construit dans le temps. Comment se manifeste-t-il ?

Les médecins interrogés parlent du mépris exercé face à leurs sollicitations. *« J'ai envoyé une lettre pour poser des questions, pour savoir comment la sécurité sociale arriverait à faire des statistiques sur le fait qu'on respecte nos engagements, ce qui sous entendrait qu'elle connaisse le résultat des analyses de nos patients (...). J'ai envoyé une lettre au directeur de la caisse, il ne m'a A-BSO-LU-MENT (insiste sur chaque syllabe) pas répondu. (...) » (M8).* Ce même médecin fait donc le constat suivant peu après : *« On est méprisés, on est méprisés, c'est évident. » (M8)*

C'est ensuite le mépris qui se dégage du dispositif, envoyant l'image de médecins peu compétents dont il faut relever le niveau. *« Oui, mais leur argumentaire c'est dire quoi ? Les médecins sont tellement nuls qu'on a besoin de poser des primes ? C'est assez dévalorisant, c'est dégradant. » (M9)*

Le mépris s'est également construit dans le temps. Certains médecins le ressentent parce que la plus-value de leur approche, surtout comme on l'a dit il lorsqu'elle contient des aspects travaillés invisibles, n'a jamais trouvé aucune traduction ou reconnaissance. Les tutelles ont-elles conscience de cette plus-value ? Ignorance ou mépris ? En tout cas, le système est dans l'impossibilité d'appréhender ces notions, ce qui est un ferment de grand découragement et alimente le ressentiment. *« Moi j'ai une approche un peu plus empathique, un*

peu plus à l'écoute. (...) et ça c'est pas du tout pris en charge (...) Bah, j'ai fait un petit burn out en fait, je me sentais un peu... (hésite) dégoûtée du système. », M9

Enfin, le mépris se lit selon certains dans le maintien voulu de contraintes fortes à un réel travail digne et dans des conditions correctes. Ces contraintes ce sont d'abord les honoraires de consultation, approuvés par tous comme ridiculement bas. « *La question essentielle, à mon avis, c'est de donner la possibilité aux médecins de travailler proprement, dignement ; or là nous sommes confrontés à des honoraires indignes (...)* » (M6) « *Je dis que 23 euros, pour un médecin de famille, honnêtement, c'est pas cher payé (...) Je dis qu'un C à 23 euros, c'est une plaisanterie.* » (M10). Maintenir le « prix » d'un acte intellectuel à ce niveau marque une non reconnaissance de ce contenu et surtout grève les possibilités d'un travail de qualité : il pousse à la multiplication des actes, exerçant une pression sur le temps médical ce qui empiète sur un temps minimum de formation, sur le temps administratif ou de coordination.

Le comble du mépris dans ce cadre est dénoncé par un médecin : la sécurité sociale et les tutelles frisent l'indécence en évaluant la qualité des pratiques alors que tout a été fait pour ne pas créer les conditions de la qualité. « *Alors la démarche de qualité, elle sera à partir du moment où le pouvoir politique et la Sécu m'octroieront la possibilité de travailler correctement, proprement et dignement. (...) Tant que cette condition n'est pas remplie, je considère qu'on est dans le cadre du foutage de gueule.* » (M6)

Il s'agit donc de refuser « *parce que c'est une question de dignité élémentaire* » (M6), une « *obligation morale* » parce qu'aucune tractation n'est moralement possible lorsqu'on est déconsidéré. « *C'est d'abord une question de dignité élémentaire, quand on sait la façon dont les médecins sont considérés par la Sécurité Sociale, la façon dont ils ont été traités.* », M6.

2.2.2.2 Une perte de confiance

Réciproquement, les 2 parties sont donc très méfiantes l'une de l'autre. Un médecin, pourtant régulièrement en rapport avec les tutelles via son activité syndicale, l'annonce clairement : « *Tu sais, ça fait 30 ans que je suis dans les conventions avec mon syndicat (...) tu sais que je connais mon partenaire ; et j'ai pas trop confiance en mon partenaire.* » (M10). Ici, la confiance est entamée à cause d'un manque de crédibilité de l'Assurance Maladie d'une part et à cause de la dissimulation qui a entouré la ROSP, donnant l'idée qu'il y avait « quelque chose à cacher ».

a) perte de crédibilité de l'assurance maladie

En premier lieu, le problème de la fiabilité des données détenues par l'Assurance Maladie entache sérieusement sa crédibilité. (voir plus haut). Et puis certaines de ses prises de décision sont vécues comme complètement incohérentes, donc non crédibles (déremboursement, AMM etc.). La crédibilité de toutes les tutelles est diminuée, ce qui pèse en fait sur l'exercice : « (...) j'ai trouvé que c'était un truc extrêmement lourd, enfin d'avoir des choses qui vous arrivent, entre autres soit de la HAS (ça c'est le pire), soit par les organismes officiels, soit par les agences du médicament qui autorisent la mise sur le marché de médicaments qui sont pas valides, ou pas suffisamment valides, ou avec pas assez de restrictions, je trouve ça terrible quoi. Des gens qui sont censés nous aider dans notre exercice nous balance des choses, telles qu'on ne puisse pas leur faire confiance, vraiment. » (M1)

b) la ROSP : une opération de dissimulation

Et les modalités même de la mise en place de la ROSP montrent une extraordinaire volonté de dissimulation. L'étude de la thématique C, très polarisée dans un des entretiens donne des perspectives dans ce sens. Comment cette volonté de dissimulation se manifeste-t-elle ?

- par la sous ou la non information des médecins des modalités d'entrée/sortie du dispositif.

La question « comment avez-vous eu connaissance du dispositif et du fait qu'on puisse refuser ? » est en cela très éclairante. Aucun n'a répondu par l'Assurance Maladie ; les moyens variaient entre la lecture directe de la convention, l'activité syndicale, les collectifs de formation ou d'information médicales (tels que le FORMINDEP) ou les organismes de FMC, les revues (PRESCRIRE), l'Ordre des médecins (à travers les bulletins édités, le site), la presse spécialisée, les collègues (confrères, espaces « virtuels » communautaires de médecins ou soignants etc). La non information la plus criante vient peut être de ce médecin, informé par « inadvertance » par un représentant de laboratoire pharmaceutique. Les informations venant des caisses sont systématiquement tardives (voir plus bas). Et ne sont pas claires. « J'ai gardé la convocation aux événements, c'était pas du tout lisible. C'était pas lisible. » (M7)

La non ou sous information est le lot également de certains syndicats médicaux, dits « représentatifs », accusés également de ne pas avoir informé les médecins sur le terrain.

- **par la désinformation**

En ce qui concerne les modalités très particulières de ce dispositif, avec adhésion tacite et surtout impossibilité de sortir après adhésion, les médecins interrogés dénoncent certaines caisses, qui ont communiqué qu'ils pouvaient sortir du dispositif à tout moment. *« Et puis il y a eu tous les démarcheurs de l'Assurance Maladie qui leur ont dit qu'ils pouvaient en sortir quand ils voulaient. Il y a eu une cabbale, euh...une désinformation importante de la part des démarcheurs de l'Assurance Maladie. »* (M7)

- **par une information retardée**

Les médecins disent que les réunions d'information et la communication venant des caisses ont commencé tard, laissant un délai très court. *« J'ai pas du tout aimé, et puis en plus il y avait ce délai très court de 2 mois, qui s'est révélé à moins de 2 mois parce que la CPAM sur le Finistère nous a fait l'information début novembre ou mi novembre, en insistant très peu sur les modalités (...) »* (M7)

- **par l'empêchement de la diffusion de l'information**

Certains médecins ayant refusé ont voulu faire part de cette décision sur le site ameli.fr de la Sécurité Sociale. Il leur a été défendu de le faire et rappelé en bonne et due forme (**annexe XIV**) *« Donc parmi toutes les informations qui sont sur le site ameli direct à savoir les honoraires, la convention, la carte vitale, on a demandé à l'Assurance maladie qu'elle mentionne sur ameli direct sur la fiche de chaque médecin, s'il était...s'il avait accepté ou non le P4P. Et l'Assurance Maladie a refusé. Donc c'est dissimulé en fait. »* (M2)

Ce qui est directement assimilé comme un outil de l'affaiblissement de ressources de résistance. *« Ils ont refusé que ça soit affiché. Ils ont refusé pourquoi ? Parce qu'ils ne veulent peut-être pas qu'on puisse se compter. »* (M7)

2.3 Etudes des autres axes par les entretiens polarisés

2.3.1 La perte de confiance médecins/patients et le risque d'un scandale public

Un entretien développe ce risque de perte de confiance des patients envers leur médecin. Cette perte est due directement au conflit d'intérêt, scindant donc comme on l'a dit l'intérêt unique qu'avait le médecin pour le patient en deux intérêts distincts : le sien et celui du

patient. Les décisions prises peuvent alors être constamment questionnées par le patient, puisqu'il n'est pas sûr des motivations internes du médecin. « *Franchement, moi, si je vais voir un médecin et puis qu'il me dit : 'tiens il faut que vous preniez tel médicament, que vous fassiez tel vaccin, que vous fassiez tel examen'* », bah je suis médecin donc je poserais pas vraiment la question, mais si j'étais un patient et si j'étais au courant de ça, je me poserais la question : 'Ah tiens ! Faut que je fasse tel examen, mais pourquoi faut que je le fasse ? C'est vraiment dans mon intérêt ou est-ce que c'est dans l'intérêt du médecin ?' » (M4) Ceci est d'autant plus fort que ce conflit d'intérêt, comme on l'a dit également, ne peut être évacué consciemment par simple décision interne.

En plus de la confiance, l'estime même que peut porter le patient au médecin est entamée. « *Et puis moi je serais patient et puis j'irais voir un médecin dont je sais qu'il a touché un petit bakchich, accepté une petite gratification, j'aurais pas une très haute opinion de lui-même, ce médecin. Pour moi, il serait suspect.* » (M6).

Cette perte de confiance individuelle dirigée envers chaque médecin signataire peut devenir alors perte de confiance collective envers les médecins en général. « *Je pense que ça va évoluer vers un scandale : je pense que la société ne va pas tolérer ça. Parce que c'est immoral.* » (M4).

Cela sera aggravé par le fait que le conflit d'intérêt et le contrat de résultats auront appuyé des pratiques non valides scientifiquement, ce qui conduira à un véritable scandale sanitaire. « *Donc je suppose qu'un jour ou l'autre, voilà, il va y avoir un livre qui va sortir 'le scandale des ROSP' ou un film ou une émission de télé ou je ne sais quoi où les gens vont dire 'ah là là, les médecins c'est des salauds, ils nous ont trahis, on croyait qu'ils nous soignaient dans notre intérêt, en fait ils touchent des primes en fonction de ce qu'ils font, regardez ça, ils ont irradié des millions de femmes pour rien, ils savaient que ça ne servait à rien, ils l'ont fait quand même'*. Voilà quoi. » (M4)

2.3.2 La surjustification

Plusieurs entretiens, dont un en particulier, ont énoncé un malaise à être payés « en plus » pour certains des items, qui font déjà partie de leurs pratiques. « *Ca me paraît bizarre parce que finalement il y a plein de choses qu'on doit faire normalement, qui doivent faire partie de notre métier.* » (M12) J'ai proposé d'assimiler ce malaise à l'effet de « surjustification » (ce que les anglo saxons nomment *over justification effect*) qu'introduit la motivation externe de l'argent. La récompense conforte par un mouvement externe ce que le médecin pensait déjà faire

ou s'appliquer à faire de lui-même. En « justifiant » une seconde fois une décision pertinente qu'un médecin s'était déjà « justifié » à lui-même, la récompense a l'air de balayer l'auto-détermination et la compétence avec lesquelles le médecin s'était donné sa propre ligne d'action. « *On n'a pas besoin de ça pour faire bien notre métier, on devrait tous faire bien notre métier, sans être récompensé entre guillemets.* » (M12). Un médecin l'exprime différemment : « *Je serais plus enclin à faire quelque chose que je crois bien plutôt que de faire quelque chose qu'on m'oppose.* », (M11). La surjustification renvoie aux médecins une image diminuée, comme dit plus haut, dans laquelle leur conscience morale de bien faire est monétisée.

2.3.3 Un mauvais mode de rémunération

Enfin, la ROSP est attaquée en tant que « prime ». La ROSP est variablement qualifiée de « bakchich », « expédient », « pourliche », et refusée comme telle : « *On achète les médecins, on achète les médecins, et moi je ne suis pas achetable !* » (M10).

Et puis c'est aussi un mauvais mode de rémunération globale. « *Même si je considérais que les indicateurs étaient tous validés et parfaitement sains, je trouverais malgré tout que c'est une mauvaise façon de rémunérer les médecins.* » (M4).

Les avis sont alors partagés. Certains en parlent comme un forfait, variable certes ; et pour eux si c'est un forfait, il est justifié de le dénoncer, à cause :

- de l'effet « appel d'air » qu'il crée auprès des médecins, poussant à multiplier le nombre de patients suivis pour multiplier le nombre de forfaits touchés.
- du risque d'évoluer vers un « forfait global » créant cette fois un appel d'air auprès des patients qui peuvent multiplier les consultations, ce qui augmente la charge de travail du médecin
- des conséquences en termes de revenus, puisque le volume de travail augmenterait, avec des forfaits stables (pour maîtriser les dépenses) et des charges fixes ou majorées (salaires, équipements, cotisations etc.)

Certains autres y voient le début d'un salariat, qu'ils dénoncent alors également à cause des effets sur le travail. « *En fait ça coûte plus cher, en termes de productivité, de disponibilité et de répartition sur le territoire. (...) Un médecin salarié a une productivité inférieure à un médecin libéral et du coup pour avoir la même production en santé, ça va coûter plus cher.* » (M5)

2.3.4 Un enjeu anthropologique

Le paiement à la performance en santé en est à ses débuts ; mais il peut être à la base d'une déshumanisation croissante dans un domaine qui appelle souplesse et adaptation. « *Et quand on commence à faire de la rémunération à la performance, on commence à réguler le travail avec des procédures en disant "dans telle situation faut faire ci, dans telle situation faut faire ça". Vous avez une aliénation qui apparaît, une aliénation de l'humain qui conduit à une souffrance terrible et c'est la raison pour laquelle on observe des suicides au travail. Les gens sont privés de la capacité d'agir en tant qu'Homo sapiens et deviennent des espèces de robot qui appliquent des règles.* », M2.

2.4 En aparté : une variété dans les prises de décision de refuser la ROSP

On peut décrire différentes attitudes dans la prise de décision de refuser. Le refus s'est fait plus ou moins rapidement selon les médecins. Certains n'ont pas hésité, ayant déjà fondé leurs arguments à la suite du CAPI ; d'autres ont décidé relativement rapidement en fonction de régulations sociales (époux/épouse). D'autres ont parfois beaucoup hésité, à cause de la projection faite sur la possible augmentation de revenus.

Par ailleurs, les décisions sont plus ou moins ancrées, certaines étant totalement fermes, d'autres s'étant prises collectivement, emportant parfois les réticences individuelles ; enfin certaines nous ont semblé plus fragiles. Certains médecins ont dit pouvoir remettre en cause leur décision en fonction de l'évolution de leur situation, ou du dispositif.

* * *

Au final, et pour conclure cette partie sur les résultats et l'analyse : l'étude montre que les médecins interrogés récusent en premier lieu les **effets attendus du dispositif**. Ils mettent en avant les effets pervers qui vont survenir, ce qui est inquiétant puisque cela fait de la ROSP un **double échec** : d'une part les objectifs annoncés ne seront pas atteints, mais en plus des effets négatifs se feront jour, faisant du bilan de la ROSP un bilan globalement négatif. Et ces effets sont produits presque exclusivement par les problèmes éthiques, déontologiques et moraux engendrés par le dispositif. Au niveau de la **maîtrise économique**, les avis sont partagés. Les médecins interrogés se soucient par ailleurs du contenu de leur travail, du cœur de métier malmené par ce dispositif. Ils critiquent fortement le contrôle, voire le **pouvoir** que souhaite

exercer la Sécurité Sociale sur le travail médical et les fonctions qu'elle s'arroge. Surtout, la légitimité d'un tel outil est fortement discutée, alors que les conditions à la qualité ne sont même pas remplies (indépendance des données, temps de formation correct, temps médical digne), voire empêchées (blocage de la rémunération) et que les seuls à mêmes de discuter la qualité sont les soignants eux mêmes.

Mais surtout, certains médecins interrogés parlent de la ROSP comme d'un leurre protéiforme, mettant à jour les **intérêts cachés** de type industriels de l'Assurance Maladie : ils dénoncent l'illusion faite par la publicité des objectifs poursuivis, dévoilant leur pensée selon laquelle ce dispositif peut servir des buts totalement différents de ceux pour lesquels il est promu.

Enfin, on conclut que le refus n'est pas le refus d'une augmentation des revenus, ni le refus d'une qualité de prise en charge. Tous ne sont pas contre une certaine évaluation des pratiques, ni contre une modification du mode de rémunération.

DISCUSSION

1. LES BIAIS

Cette étude présente certains biais qu'il est important de souligner.

Dans le questionnaire, on peut se demander s'il y a un effet de proximité entre les questions pouvant par exemple induire des réponses sur les raisons du refus. Pour les entretiens, un problème technique a amputé l'enregistrement et l'étude du verbatim a été réduite à l'étude de notes à la volée que j'ai essayées de rendre exhaustives. L'induction ouverte des thématiques à partir des transcriptions a été unilatérale, alors qu'une induction par un tiers aurait pu ajouter de la robustesse méthodologique. Des partis pris ont donc été inévitables dans la délimitation des thématiques d'une part, et dans l'attribution des unités signifiantes (les raisons exprimées) à ces mêmes thématiques d'autre part. En complément des entretiens téléphoniques, des interviews de médecins sur le terrain en vis-à-vis auraient apporté également des informations inestimables ; mais faute de temps, je n'ai pu procéder de la sorte.

Enfin, au niveau méthodologique, l'utilisation d'un matériau mixte (questionnaire + entretien) peut être discutée.

2. LES RESULTATS

2.1 Les réponses à nos hypothèses de travail

L'hypothèse principale n'est confirmée qu'en partie. Certains médecins ont effectivement exprimé un refus faisant système et sens avec la description de la ROSP comme leurre idéologique, promouvant qualité des pratiques et santé publique, toutes choses défendables par ailleurs mais derrière lesquelles sont perçus des intérêts de contrôle, de pouvoir d'une part, mais aussi des intérêts extérieurs industriels et financiers. D'autres ont également parlé d'un leurre dans l'exergue du médecin au centre de l'amélioration de la santé, justifiant la dialectique de « responsabilité/culpabilité », escamotant les déterminants sociaux, politiques, environnementaux dont les responsabilités sont ailleurs.

Mais les critiques des médecins ayant refusé ne sont pas obligatoirement organisées de manière systémique. Il y a une variabilité et un continuum entre des critiques d'aval et de faible niveau et ces critiques d'amont fortes, très organisées. Au niveau de la structure, certains

entretiens sont très « polarisés » sur une thématique autour de laquelle gravitent d'autres raisons, donnant l'impression qu'il y a des « portes d'entrée » dans le refus, marquant un champ d'indignation qui déclenche le refus lorsqu'il est enfreint.

L'hypothèse secondaire est elle bien enrichie. L'amélioration principale proposée pour le système de soins est une exigence d'indépendance à la fois des données, de la formation et des tutelles. A travers le questionnaire et les entretiens, les médecins montrent une préoccupation essentielle de leur cœur de métier, veulent défendre leur temps médical et des compétences non transférables. La question de la rémunération est centrale, les propositions traversent un éventail variable selon la segmentation habituelle des médecins sur cette question (forfait, salariat, maintien du paiement à l'acte). Et contrairement à ce qu'on pourrait penser, pour ceux qui ont refusé, augmenter les revenus fait partie des exigences ; mais pour eux, toute augmentation n'est pas pertinente et la manière dont elle est organisée importe donc plus que le niveau de revenus qu'elle octroie. Enfin, on pourrait dire que pour ces médecins, la qualité des pratiques n'est pas uniquement subordonnée à des conditions individuelles (bon vouloir des médecins, de nouveau « responsables/coupables ») mais aussi à des conditions de structure permettant le travail de qualité correct et digne.

2.2 Les autres réponses

En dehors de nos hypothèses de travail, on trouve des enjeux éthiques et déontologiques forts et structurants, concernant le **conflit d'intérêt**, tous les conflits d'intérêt. Le changement de contrat moral imposé par la ROSP additionné au conflit d'intérêt nous semble contenir le point de bascule vers le refus, faisant de cet aspect un déterminant prégnant. (voir plus bas).

Par ailleurs, on a trouvé de manière plutôt implicite des **variations d'ancrage de la décision**, avec des décisions hésitantes dans certains verbatim et certains médecins qui n'excluent pas d'intégrer le dispositif dans le futur.

3. EN REPLACANT LE SUJET DANS LA LITTERATURE

3.1 Par rapport aux travaux en médecine

Dans la sphère médicale, le paiement à la performance abordé sous l'angle du dispositif. CAPI et ROSP sont étudiés séparément à cause de leur succession au niveau chronologique. Les thèses font le point sur les ressentis des médecins, les effets sur leurs pratiques, les déterminants de l'adhésion (au moment du CAPI). Des thèses en cours s'intéressent aux ressentis des internes, futurs médecins généralistes face à la ROSP, ou aux indicateurs en termes scientifiques.

Une seule étude est comparable à cette présente thèse : elle concernait les raisons de refuser le CAPI après 2 ans (Nifenecker, 2011). Quels apports ou quelles perspectives au vu des résultats de nos résultats ?

La thèse de Romain Nifenecker retrouve des critiques éthiques/déontologiques, des critiques sur le mode de rémunération, des critiques sur la position de force de l'assurance maladie et des critiques sur les indicateurs choisis à l'époque, qui semblaient alors au second plan. On peut mettre en lumière nos résultats :

- la défense de l'autonomie n'est pas la marque principale des raisons exprimées dans ces entretiens, contrairement à ce que montre Romain Nifenecker dans sa thèse. On aurait pu penser l'inverse, en raison même du caractère qu'on peut estimer plus « déterminé » de ces médecins.
- les indicateurs de la ROSP sont fortement remis en cause, contrairement également à ce que trouve Romain Nifenecker. Les médecins les critiquent en soi, sur le plan scientifique, et comme responsables du futur échec de ce dispositif.
- la critique de l'assurance maladie comme contrôleur semble beaucoup plus poussée dans nos résultats. La forme approfondie des entretiens a permis de développer la stratégie de pouvoir de l'assurance maladie.
- Et enfin, nos résultats mettent en avant une dialectique particulière et inabordable par les thèses de médecine générale : la remise en question de la légitimité du paiement à la performance et un décodage des buts inavoués de l'assurance maladie, de ses propres conflits d'intérêt industriels et l'illusion entretenue sur la volonté de qualité des soins et la santé publique.

Ces notions ne se retrouvent pas non plus dans la thèse de Kevin ROY, qui a étudié la connaissance des médecins généralistes sur le P4P et leur regard sur ce dispositif ; mais son étude portait sur un échantillon au départ indéterminé en termes d'adhésion.

Est-ce à dire que les refus du CAPI et leurs motifs sont incomplètement superposables aux refus de la ROSP ? D'après nous, la modalité d'entrée de la ROSP aiguise la sélection d'une typologie particulière de médecins généralistes.

A ce titre, nous avons trouvé qu'une partie du refus de la ROSP était lié à une critique systémique, disons une analyse « politique », sur fond de relations dramatiquement dégradées entre médecins et Assurance Maladie. Nous rejoignons donc Olivier Saint-Lary⁵⁵ sur ce déterminant du refus qu'est la relation avec l'Assurance Maladie, et surtout le jugement porté sur elle, que nous proposons d'élargir à « relations avec/jugement porté sur les tutelles » et proposons que ces relations/jugements sont déterminées par un mélange de proportions variables entre « données de l'expérience avec les tutelles » et « considérations/analyses systémiques/politiques ».

Dans le cadre de la ROSP, le mode d'entrée spécifique, nécessitant un mouvement plus fort dans la mise en œuvre de la volonté propre, a peut-être sélectionné des médecins dont les relations avec les tutelles contiennent une proportion de « considérations/analyses systémiques/politiques » plus importante.

En dehors du déterminant « relations avec les tutelles » se pose selon nous les déterminants éthiques et moraux. La question du conflit d'intérêt noyaute les réponses de nos verbatim à la fois du questionnaire et des entretiens. La ligne de partage entre adhérents et non adhérents réside peut-être dans le **degré d'acomodation aux conflits d'intérêt et moraux** par les médecins dans l'exercice de leur fonction. Ce qui doit pousser selon nous à rapprocher et étudier de manière conjointe toutes les situations dans lesquels ils interviennent pour les médecins (acceptation/refus de la visite médicale – VM, acception/refus de la formation professionnelle subventionnée etc.) pour trouver les curseurs de ce degré d'accommodation : motivations intrinsèques ? âge/expérience (cycle de motivations tel que le décrivent les économistes –Videau et al., 2010) ? Formation initiale ?

⁵⁵ Chef de clinique en médecine générale au département de médecine générale de Paris- Ile de France – Ouest, membre de l'équipe Prospere. Il est l'auteur de plusieurs articles sur les paiements à la performance français.

3.2 Par rapport aux études de sciences humaines et économiques

Les disciplines en dehors du champ médical abordent le paiement à la performance par les notions et les principes qui le sous-tendent. Il s'agit de parler de qualité en soins, des incitations monétaires en tant que ferments motivationnels en santé, de modifications anthropologiques de la profession médicale sous la pression métrologique, de l'intérêt de la déontologie et de son frottement au marché, de la pratique de professions « prudentielles » etc. Ces disciplines poussent plus avant la réflexion de cadres théoriques sur la signification des paiements à la performance.

Néanmoins, elles ne se sont pas encore penchées sur ces médecins qui disent non à la ROSEP. Nous avons en tant que médecins généralistes cette connaissance immergée du système et de la profession qui peut apporter un regard avec un angle nouveau pour une contribution plus ou moins consistante à ces réflexions scientifiques. Que peut-on dire ?

- **de l'indépendance :**

On peut dire que la défense de l'indépendance en soi du médecin et de son libre arbitre n'est pas la première donnée, même si elle participe complètement aux motivations du refus. L'exigence d'indépendance des tutelles est, elle, beaucoup plus forte. Ce qui peut amener à défaire quelque peu les idées sur les fonctions de l'indépendance et du libre arbitre dans la prise de décision en médecine. On propose donc un déplacement de l'exigence d'indépendance : elle n'est peut être plus - ou plus uniquement - dans le libre arbitre pour garder une volonté de faire, mais doit résider plus subtilement DANS les données mêmes qui permettent la décision. On propose en effet que ces médecins ont conscience de manière plus fine de se trouver en situation d'incertitude (selon les types d'incertitudes proposés par Fox en 1988, et repris originalement par G.Bloy en 2008), c'est-à-dire dans la zone que décrit G.Bloy entre incertitude relativisée et prégnante (voir graphique page suivante), et qu'à ce titre des données biaisées ou entachées de conflit d'intérêt les rendant non fiables sont inacceptables et majorent l'incertitude.

Graphique 12: Positionnements par rapport à l'incertitude en médecine générale (source Bloy, 2008, p.79)

C'est ainsi que nous souhaitons évoquer que l'indépendance n'est pas – ou plus seulement – une composante de l'auto régulation des médecins sur un « anti marché » dans lequel ils ont une position monopolistique cherchant une captation, mais qu'elle est une demande exigeante vis-à-vis des données et de leurs sources pour une prise de décision en situation d'incertitude. Olivier Saint-Lary (2011) le disait peut-être autrement, en parlant du 2^{ème} déterminant majeur qui segmentait adhérents et non adhérents au CAPI : le contrôle exercé sur les patients en lien avec l'atteinte des objectifs. Il parle pour les non adhérents de « sentiment de non maîtrise de la patientèle », nous disons « sentiment de se savoir en situation d'incertitude ».

On propose également de distinguer « indépendance », concernant les externalités (données, évaluation, rémunération) qui permettent de fonder la décision ; et « autonomie », concernant plutôt l'internalité des praticiens, permettant de finaliser la décision face au patient (gestion de cas atypiques, hors statistiques, « queues de distribution »).

- **de la métrologie :**

La critique des indicateurs est majeure: les indicateurs sont ponctuels et/ou intermédiaires et sont incapables de refléter le travail. Est-ce à dire que les médecins résistent au tournant métrologique ? Qu'ils s'opposent aux données chiffrées? Aux normes ?

Les médecins interrogés parlent du contenu de leur profession dont certains aspects semblent irréductibles à des indicateurs (écoute, empathie, utilisation d'une filière de soins et facilitation de la progression dans cette filière). Ce qui nous semble poser réellement une question de fond : comment s'intéresser au travail « invisible » ? Un médecin donne dans les entretiens une piste d'évaluation subjective par les pairs (dans un sens large : ensemble des soignants).

D'autre part, les médecins ont fait beaucoup référence à la validation des données au niveau scientifique, à l'Evidence Based Medicine, à leurs lectures de la littérature spécialisée française et internationale. Ce qui sous entend qu'ils donnent un crédit suffisant à des données chiffrées, à une méthodologie métrologique pour la production de ces données. Les médecins ne sont donc pas réticents à tout cadrage chiffré de leur activité. En revanche, « qui » produit ce cadrage est désormais examiné de près.

- **de la rémunération :**

Aussi, on a vu que les critiques sur la rémunération balayaient le spectre de l'échiquier habituel politique des médecins. On retrouve à la fois une défense du paiement à l'acte comme fondement de l'exercice libéral, une défense du panachage du mode de rémunération et enfin une défense d'un salariat, évoqué éventuellement dans le cadre d'un système public de soins primaires en ambulatoire. Des arguments contraires sur le mode de rémunération avaient également été retrouvés dans les thèses sur le CAPI. Ce qui nous amène à penser les paiements à la performance comme outils dépassent les segmentations politiques habituelles et surtout que l'enjeu principal de ces dispositifs n'est pas le mode de rémunération.

- **des incitations :**

Alors, l'idée que l'enjeu n'est pas le mode de rémunération peut-elle décloisonner les réflexions actuelles inférant les paiements à la performance à leur système de santé d'éclosion ? Aujourd'hui, on dit que le QOF anglais, le P4P américain ou l'hexagonale ROSP sont difficilement comparables. Dans quelle mesure ? Il est clair que dans notre étude, les problématiques liées aux relations entre médecins et tutelles et le décodage des objectifs suivis par chacune des parties participent à la dynamique du refus, dans un contexte très dégradé. Peut-on étudier les systèmes de paiement à la performance en dehors de ces considérations ?

Car enfin, d'un point de vue économique, le casse-tête reste entier : les théories économiques standard vont-elles se réaliser dans le champ de la santé, avec des problématiques multi tâches complexes (Holmstrom et Milgrom, 1991), avec une symétrie d'information, et dans un cadre de rationalité limitée ? Pour les économistes, quels autres modèles d'explication ? Car comme dit Mehdi AMMI : « On est en effet en droit de se demander si, conformément aux prédictions de la théorie économique, payer les médecins à la performance est un moyen de faire converger les intérêts des praticiens vers ceux des régulateurs. » (Ammi, 2011).

4. DE PREOCCUPATIONS ISSUES DE CE TRAVAIL

4.1 La convention médicale : vers une évolution de son contenu ?

Nous avons rappelé qu'en France, les relations entre médecins libéraux et Assurance Maladie sont régies depuis 1971 par une convention nationale, négociée entre l'Assurance Maladie, les URML - devenues URPS) et les représentants syndicaux.

Cette convention couple depuis 20 ans maîtrise de dépenses de santé et qualité (depuis le tournant de 1993 et la maîtrise médicalisée des dépenses) ; et depuis un peu moins de 10 ans d'autres problématiques comme la démographie médicale (contrats d'installation en zone déficitaire) ou l'amélioration des pratiques médicales (ROSP). Elle s'occupe alors non plus seulement du recouvrement des cotisations et de leurs distributions en nature ou espèces aux assurés, ou en revenus pour les médecins mais également d'organisation du système de soins et de l'édiction de normes de pratiques. Car 97% de médecins qui pratiquent dans le même sens concourt à faire une norme d'exercice.

On sait que depuis la loi du 13/08/2004 portant réforme à l'Assurance Maladie, ses compétences en santé ont été élargies, et pour cela sa gouvernance habilement modifiée. On est alors en droit de poser la question : est-ce dans les fondements de l'Assurance Maladie de fabriquer par incitations de nouvelles normes de pratique médicale ? Empiète-t-elle sur un domaine qui n'est pas le sien ? Quel contenu doit être accordé au conventionnement ? Et comment, par qui fixer ce contenu ? Comment et par qui contrôler ce contenu, notamment en termes déontologiques ?

4.2 La convention médicale : vers une évolution de sa forme ?

Ce qui pose inévitablement la question de la forme juridique de cette convention. La fragilité des dispositions qu'elle contient est de notoriété publique. La convention n'est qu'un accord administratif entre des parties non représentatives, officialisé par la publication au JORF. Ceci est rappelé par Me Bruno SIAU, avocat à Montpellier, interrogé dans le cadre exploratoire de cette thèse. Cette fragilité explique les multiples rebondissements auxquels une convention nationale est soumise, subissant l'assaut d'avenants à tout va, d'attaques au Conseil d'Etat, d'annulations etc. Cette fragilité juridique explique largement les périodes de l'histoire pendant lesquelles il n'y avait plus aucun conventionnement (années 1990). On pourrait presque dire par provocation que la convention est un outil totalement contingent...

D'un autre côté, quand il existe, le conventionnement est une liberté garantie par la Constitution (Ginon, 2010). Donc quand elle existe, la convention ne doit pas empêcher l'exercice de cette liberté. On pourrait aussi dire par provocation que le contenu de la convention – pour rester constitutionnel - ne doit pas pousser au déconventionnement...

Alors, quelles évolutions pour la convention nationale ? Va-t-on vers une extension du contenu de la convention ? L'Assurance Maladie va-t-elle poursuivre dans sa fonction d'organisation des soins et d'évaluation des pratiques ? Va-t-on vers un renforcement de la robustesse juridique des conventions nationales ? Vers une souplesse pour maintenir la constitutionnalité ? Des réponses se font peut être jour depuis que la voie légale reprend le dessus en termes d'organisation des soins, de contenu de travail (loi Hôpital Patients Santé et Territoire, dite HPST, 2009), ou depuis le rapport Cordier demandé pour établir la Stratégie Nationale de Santé du gouvernement actuel ce qui mettrait peut-être un terme à la bicéphalie Etat-Assurance Maladie dans le domaine des soins, de leur organisation et de leur contenu.

Enfin, le conventionnement actuel conduit à pointer l'inégalité de traitement par l'assurance maladie des médecins généralistes, puisque les signataires sont directement rémunérés ; alors que les non signataires peuvent être considérés comme « discriminés », leur non augmentation de revenus n'étant aucunement compensée. On pourrait étendre cette question aux autres administrations publiques, dans lesquelles des fonctionnaires sont primés, alors que d'autres pas, ou moins... Un fonctionnement républicain peut-il permettre à la puissance publique de traiter inégalement ses agents ?

Concernant la convention nationale médicale et sa clause de refus : peut-on dire qu'il s'agit du début de conventionnements segmentés ? Différenciés ? Va-t'on vers des conventionnements individuels comme l'ont été les premiers conventionnements aux origines de la Sécurité Sociale ? Des contractualisations individuelles ? Et seront-elles étendues à tous les organismes de co-paiement ? Quel avenir solidaire dans ce cas ?

4.3 Transmission générationnelle

Par ailleurs, les contacts établis dans le travail préparatoire ont fait percevoir l'absence de questionnement des internes dans les termes où celui-ci se pose pour les installés et remplaçants. Et même pour les jeunes remplaçants et installés, la ROSP a été abordée simplement comme un mode d'évolution de la rémunération. Il semble y avoir comme un « vide » entre des médecins qui ont refusé, très préoccupés par des notions fondamentales et par le contenu de leur métier – et des médecins ou futurs médecins concentrés sur l'évolution du mode de rémunération.

Font-ils des analyses comparables à leurs « aînés » ? La thèse de Florent Poirson sur l'adhésion des internes de médecine générale au paiement à la performance (en cours) pourra peut-être le dire.

Dans tous les cas que cette question du paiement à la performance : de quelle transmission l'enseignement généraliste sera-t-il le garant ?

4.4 Evaluation, qualité et sape de l'expérience

Enfin, on ne peut s'empêcher de lorgner vers le monde salarié et vers l'analyse qu'en font les sociologues à travers les mises en place par le management depuis 15 à 20 ans de méthodes similaires d'évaluation, de démarche qualité. Danièle Linhart, sociologue⁵⁶, évoque clairement pour les salariés ce management qui attaque la ressource fondamentale du travail et qui fonde la légitimité : l'expérience. Ces attaques passent par ce qu'elle nomme une « précarisation subjective » du travail (postes volants, à compétences multiples, intérim, temps partiel subi, dispatching permanent des équipes etc.) qui bousculent les cadres habituels du « faire » au travail et déconstruisent les connaissances acquises du terrain. Pour les employeurs, ceci doit mener les salariés à ce qu'elle nomme une « non arrogance professionnelle ». Evaluation, démarche qualité bordent la voie dans laquelle les salariés se doivent de cheminer, sans plus pouvoir faire appel à leur expérience.

⁵⁶ Directrice de recherche au CNRS, auteure notamment de *La modernisation des entreprises*, Paris : La découverte, 2010. et de « Une précarisation subjective du travail ? », in *Réalités Industrielles, Annales des Mines*, Février 2011.

Les entretiens réalisés montrent que certains médecins ont une perception de cette stratégie de pouvoir, comme contrôle (pouvoir de voir, savoir) et comme outil (pouvoir de faire faire). Nous avons esquissé grâce au verbatim une dépropriation des connaissances/compétences. Les avancées sociologiques sont particulièrement éclairantes sur ce sujet : les évaluations à la performance sont à même de réduire la valeur de l'expérience, son utilité sur le terrain et sur un temps plus ou moins long, en fonction d'une éventuelle non transmission générationnelle qu'on a évoquée, de « produire de l'amnésie »⁵⁷.

5. VERS D'AUTRES ETUDES

Le paiement à la performance est encore un vaste sujet d'étude. Les probables modifications qu'il aura sur le mode d'exercice et le contenu de la profession de médecin généraliste doivent le faire considérer comme un élément absolument majeur, tant dans les domaines sociologique, anthropologique, qu'économique ou strictement médical.

Sur la base des travaux en psychologie sur les motivations (Deci et Ryan, 1975), des économistes se sont penchés sur l'hypothèse d'exclusion des motivations intrinsèques des médecins par l'introduction d'une motivation extrinsèque comme une prime (*crowding out effect*) ; cette hypothèse pourrait expliquer une détérioration de la qualité des pratiques individuelles sous la pression de cette nouvelle rémunération. Il nous semble intéressant de s'intéresser à aux médecins qui ont refusé sous cet angle, puisqu'ils constituent évidemment un groupe témoins naturel inestimable.

Sur ce même modèle une vraie évaluation de la qualité des pratiques, et surtout de la morbi mortalité des patients suivis pourrait être correctement faite, avec une robustesse épidémiologique renforcée, entre les médecins ayant signé et ceux ayant refusé (groupe témoins). On pourrait étudier aussi les différences entre ces 2 groupes sur l'utilisation des ressources économiques (qui d'entre signataires et non signataires coûte réellement plus cher ?). De telles études seraient bienvenues et de l'ordre de l'exclusivité mondiale.

Nous avons perçu une différence d'ancrage dans la décision de refus chez certains médecins. Notre étude n'avait pas prévu cette éventualité et ne permet raisonnablement pas d'en savoir plus. Peut-être serait-il fructueux de s'intéresser aux déterminants de l'intensité du refus,

⁵⁷ Termes empruntés également à Danièle Linhart

comme aux médecins ayant refusé puis réintégré le dispositif pour progresser dans la compréhension du phénomène de la décision. (régulations sociales ? Variations dans le cycle des motivations intrinsèques ? (Videau et al. (2010))

Pour finir, nos résultats permettent de supposer que les médecins interrogés pourraient avoir une certaine typologie, on l'a proposé notamment en termes de positionnement sur l'échiquier de l'incertitude de G.Bloy. Ce n'est qu'une proposition, hypothétique; de même qu'une typologie en terme de prescription serait intéressante (Font-ils partie des « petits prescripteurs » d'A.Vega ?) ; ou de revenus (Font-ils partie des médecins à « faibles revenus » de A-L.Samson, 2009). Car enfin, comme le dit A.Vega, ces profils « atypiques » fournissent peut-être les réels moyens d'un profond et positif changement du système de soins français.



**RELATIONS/JUGEMENTS FACE
AUX TUTELLES**

**P4P
+/-**

**DEGRE D'ACCOMODATION
AUX CONFLITS D'INTERET
ET PB MORAUX**

**Données de
L'expérience**

**Analyse
politique**

Age ? Motivations I.(cycle?)?
Expérience ?
Formation/Sélection ?
Éducation ?

AUTRES ?

**ATTITUDE FACE A
L'INCERTITUDE EN MED.**



CONCLUSION

Est-ce que cette étude peut apporter quelque contribution au vaste champ des sciences humaines et sociales et des sciences économiques qui questionnent les transformations en santé ? Le travail préparatoire qui a mené à ce choix de sujet m'a montré combien les universitaires de toutes disciplines s'intéressent aux définitions de qualité, de performance, d'évaluation chiffrée (tournant métrologique en santé), aux incitations monétaires dans le domaine de la santé etc. et ce depuis bien longtemps. Les chercheurs en sciences humaines et économiques ont donc une longueur d'avance en termes d'outils intellectuels pour penser ces transformations, et il paraît essentiel de s'en emparer dans le cadre de la médecine générale. Cette discipline dit souffrir de sa non reconnaissance, et pourtant dans le monde entier des publications se multiplient concernant les soins primaires, des sociétés de médecine générale/familiale sont puissantes et scientifiquement reconnues dans de nombreux pays, des chercheurs médecins établissent des données validées dans ce domaine.

Car comment aborder ce que les chercheurs s'accordent eux-mêmes à nommer le « deuxième tournant » de la médecine générale (Bloy et Rigal, 2012) ? Par l'indifférence ? Parce que de l'avis général, le paiement à la performance en santé n'en est qu'à ses débuts en France. Il atteint logiquement les médecins, après avoir traversé les emplois salariés. Le concept même de performance nous touche enfin, nous, inatteignables, après avoir essaimé parmi les cadres de la fonction publique, les enseignants, les chercheurs. Qui, dans la société civile, y échappe désormais ?

Les économistes avancent déjà en proposant des améliorations du dispositif, réfléchissant à son ergonomie : payer les objectifs cibles et la progression, paiement au tournoi, paiements pluri annuels, paiement à part fixe et variable etc. Les consultants en qualité doivent déjà également plancher au sein de l'assurance maladie sur les indicateurs, leur modification, comment les faire mieux accepter etc.

Quels profonds changements s'annoncent alors à l'aune de cette société de performance ?

BIBLIOGRAPHIE

Arliaud Michel, Robelet Magali (2000) « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » » *Sociologie du travail*, vol. 42 n°1, pp91–112.

Batifoulier Philippe, Bessis Franck et Biencourt Olivier (2011) « La déontologie médicale face aux impératifs de marché » [en ligne] *Politiques et management public* vol. 28 n°1, pp83-101

DOI : 10.4000/pmp.4139

Disponible sur <http://pmp.revues.org/4139> (consulté le 27/10/2013)

Berenson Robert A., M.D., et Kaye Deborah R., M.D. (2013) “Grading a Physician’s Value — The Misapplication of Performance Measurement”, [en ligne] *New England Journal of Medicine*

Disponible sur <http://nejm.org> (consulté le 07/11/2013)

DOI: 10.1056/NEJMp1312287

Bloy, Géraldine (2008) « L’incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles » *Sciences Sociales et Santé*, (mars 2008) 26/1, pp67-91

DOI: 10.1684/sss.2008.0104

Bloy, Géraldine et Rigal, Laurent (2012) « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique » *Sociologie du travail* vol.54, pp.433–456

Bras, P-L, et Duhamel G. (2008) *Rémunérer Les Médecins Selon Leurs Performances: Les Enseignements Des Expériences Étrangères*. Rapport IGAS.

Bras, P-L. (2011). « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise » *Journal d'économie médicale*, vol.5, pp.216-230.

Bruno, Isabelle, et Emmanuel, Didier. (2013) « L’évaluation, arme de destruction. » *Le Monde Diplomatique*, n°710, p.3.

Bureau D. et Mougeot Michel. (2007) « Performance, incitations et gestion publique », rapport n° 66 du Conseil d’analyse économique, *La documentation française*.

Code de Déontologie

Code de la Santé Publique

Conseil National de l'Ordre. (2012) « Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ? » *Bulletin d'informations de l'Ordre National des médecins*, n°22, mars 2012, pp10-12.

Conseil National de l'Ordre (2011) Avis de l'ordre sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, avec commentaires [en ligne]

Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/avis-de-l-ordre-sur-la-convention-1113>>

Cour des comptes. (2012) *Rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Paris : Cour des comptes. 576p.

Da Silva, Nicolas. (2012) « Les médecins sont-ils intéressés à l'intéressement ? », *Revue du MAUSS permanente*, 17 décembre 2012 [en ligne]. disponible sur <<http://www.journaldumauss.net/spip.php?article954>> (consulté le 07 octobre 2013)

Da Silva, Nicolas. (2013) « Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence », *Journal d'Economie Médicale*, vol.29, n°8, pp. 351-365.

Deci E.L (1975) *Intrinsic motivation*. New York: Plenum Publishing Company. 1975

Dejours, Christophe. (2009) *Travail vivant 2 : Travail et émancipation*. Paris: Petite bibliothèque Payot, 2009.

Del Rey, Angélique (2013) *La tyrannie de l'évaluation*. Paris : La Découverte, 2013.

Déplaud, MO. (2007) « L'emprise des quotas. Les médecins, l'Etat et la régulation démographique du corps médical (année 1960-années 2000). » Th: doct : science politique. Université Paris 1-Panthéon Sorbonne.

Eijkenaar Frank, Emmert Martin, Scheppach Manfred, Schoffski Oliver (2013) “Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews” *Health Policy* 2013; 110:115-130.

Galdemar Virginie, Gilles Léopold, Simon Marie-Odile. (2012) Performance, efficacité, efficience: les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents? [en ligne] *Cahier de Recherche CREDOC*, n° C299 / 2012, 80p.

Disponible sur < <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=C299>> (consulté le 20 septembre 2013)

Gaudillière, Jean-Paul. (2001) “La révolution du managed care.” *Pratiques, ou les cahiers de la médecine utopique* n°13: pp.20–23.

Ginon, Anne-Sophie. (2009) “Le jeu du conventionnement: effets paradoxaux et difficultés juridiques.” *Journal de gestion et d'économie médicales* Vol. 27, n° 4, pp.211–221.

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Gergison M, Pdersen L. (2000) “Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of the primary care physicians.” *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3); CD 002215

Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. (2003) “[Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England](#) » *Health Policy.* 2003 Jun;64(3):pp415-23.

Hassenteufel Patrick *et al.* (2001), « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens » Convergence, européanisation et adaptations nationales, *Politique européenne*, 2001/1 n° 2, p. 29-48.

Hatzfeld H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Éditions ouvrières, Paris, 1963

Homström, B. et Milgrom, P. (1991), « Multitask Principal-Agent Analyses: Incentive Contracts, Asset Ownership, and Job Design », *Journal of Law, Economics and Organization*, vol. 7, Special Issue, p. 25.

Houle Sherilyn K.D., McAlister Finlay A., Jackevicius Cynthia A., Chuck Anderson W., Tsuyuki Ross T. (2012) “Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?” *Ann Intern Med.* 2012; 157:889-899

Institut National de la santé et de la recherche médicale INSERM. (2008) « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives » [en ligne] rapport sur le projet COMPAQH, 36p.

Disponible sur < <http://www.compaqhpst.fr/fr/bibliotheque/36-rapport/1044-remuneration-a-la-performance-dans-le-contexte-sanitaire-francais--etat-des-lieux-et-perspectives>>

Journal Officiel de la République Française (JORF) (2001), loi organique n°2011-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, *JORF*, n°177, texte n°1, p12480.

Journal Officiel de la République Française (JORF) (2008), loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2008, *JORF*, n°0296 du 21/12/2007, texte n°1-2

Journal Officiel de la République Française (JORF) (2009), décision du 9 mars 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés, *JORF*, n°0093 du 21/04/2011, texte n°34

Journal Officiel de la République française (JORF) (2011), Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, *JORF*, n° 0223 du 25/09/2011, texte n°16/39 : 353p.

Kerleau, Monique (1998) L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé. *Sciences sociales et santé*, Volume 16, n°4, pp. 5-34.[en ligne]

DOI: 10.3406/sosan.1998.1441

Disponible sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1998_num_16_4_1441 (consulté le 02/11/2013)

“Les Conventions Médicales: Historique,” n.d.

Laurent Fanny (2013) *Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques?* Th.Doct : méd : Versailles St Quentin en Yvelines, 154p.

Lordon Frédéric. *Capitalisme, désir et servitude: Marx et Spinoza*. Paris: La Fabrique, 2010.

Nifenecker Romain. (2011) *Une approche des raisons de refuser d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) par les médecins bretons 2 ans après son apparition*. [en ligne] Th. Doct : méd : Rennes : Univ. Rennes 1, 104p.

Disponible sur <www.egora.fr/sites/default/files/These-finale-CAPI.pdf>

Quotidien du Médecin (2012) « P4P, téléservices, dépassements, maîtrise, le patron de la CNAM sur tous les fronts », *le Quotidien du Médecin*, 30 janvier 2012.

Paraskevov, Pressian. (2012) *Le ressenti des médecins généralistes face au paiement à la performance*. Th.doct : méd. : Montpellier : Univ. Montpellier, 100p.

Robelet, Magali (1999) « Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France » *Politix* Vol. 12, n°46-2 pp. 71-97.

Robelet, Magali (2001) « La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels qualité » *Sciences sociales et santé*. [en ligne] Vol. 19, n°2, pp. 73-98.

DOI: 10.3406/sosan.2001.1521

disponible sur http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_2001_num_19_2_1521 (consulté le 25/10/2013)

Rochaix L., Jacobzone S. (1997) L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. *Economie & prévision*. vol. 129, n°3, pp 25-36.

Roy, Kevin. (2012) *Le Paiement à la Performance (P4P): Quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce nouveau mode de rémunération?* Th.doct : méd. : Montpellier 1, 103p.

Saidj Samir. (2012) *Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de*

pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés Th.docct : méd : Versailles St Quentin en Yvelines, 187p.

Saint-Lary Olivier, Plu Isabelle et Naiditch Michel. (2011), « Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le P4P est-il le révélateur ? » *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2-3, pp. 180-209.

Saint-Lary Olivier, Plu Isabelle, Naiditch Michel (2012) “Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France” *J Med Ethics* Août 2012; 38(8): 485–91.

Saint-Lary Olivier, Bernard Erik, Sicsic Jonathan, Pu Isabelle, François-Purssell, Franc Carine (2013) “Why did most French GPs choose not to join the voluntary national pay-for-performance?” *PLOSone* 8 (9): e72684. DOI: 10.1371/journal.pone.0072684

Samson Anne-Laure (2008) *Les revenus des médecins généralistes* Th.docct : Sc. Eco : Paris Ouest : Université de Nanterre, 199p.

Sicart, Daniel. (2013) « Les médecins au 1er janvier 2013 » Document de travail DREES.

Sicart, Daniel. (2013) « Les Professions de Santé Au 1er Janvier 2013 » Document de travail DREES.

Spence, Des. (2013) “Kill the QOF.” *BMJ* 2013;346:1498.
DOI:10.1136/bmj.f1498.

Toussaints, Stéphane. (2013) *Evaluation de l'adhésion des médecins généralistes picards libéraux à la rémunération sur objectifs de santé publique*. Th. doct : méd. : Amiens : Université de Picardie, 67p.

Van Herck Peter, De Smedt Delphine, Annemans Lieven, Remmen Roy, ROsenthal Meredith B. (2010) “Systematic review: effects, design choices, and contexte of pay-for-performance in health care” *BMC Health Services Research* 2010, 10:247

Videau Y., Clerc I. et Ventelou B. (2011), « L'effet d'éviction des motivations intrinsèques par les motivations extrinsèques ? Une expérimentation par assignation aléatoire pour les médecins

généralistes libéraux français », [en ligne] *communication au Séminaire d'économie politique de la santé SEPOSA*, 1^{er} avril.

Disponible sur < <http://ecoposante.free.fr/papers/Videau-01-04-11.pdf>>

Videau Y, Batifoulier P, Arrighi Y, Gadreau M, Ventelou B (2010) « Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention » *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 58 (2010): 301-311

Vin, Pheakdey (2007) *Les Impacts Des Incitations Monétaires Sur L'effort Des Salariés: Positifs Ou Négatifs?*[en ligne] Mém. Recherche : Sc. Economiques et de gestion : Lyon : Univ.Lyon2 “Memoire Online”

Disponible sur <http://www.memoireonline.com/08/09/2661/m_Les-impacts-des-incitations-monetaires-sur-leffort-des-salaries-positifs-ou-negatifs27.html> (consulté le 7 septembre 2013)

Volovitch, Pierre. (2001) “Maîtrise des dépenses: La Question des revenus oubliée.” *Pratiques, Ou Les Cahiers de La Médecine Utopique*, n° 13, pp7-11.

ANNEXES

Annexe I : La ROSP des cardiologues.....	131
Annexe II : Télédéclaration de la ROSP.....	132
Annexe III : Lettre de paiement de la ROSP.....	134
Annexe IV : Détails des indicateurs du CAPI (source JORF du 21/04/2009).....	135
Annexe V : Avis défavorable du conseil de l'ordre sur le CAPI (CDOM de l'Aude).....	137
Annexe VI : Données de la commission paritaire locale du Finistère.....	139
Annexe VII : Réponse de la cour des comptes.....	140
Annexe VIIIa : Requête au Conseil d'Etat contre la ROSP par le syndicat Union Collégiale.....	141
Annexe VIIIb : Observations en défense des affaires juridiques du Ministère de la Santé.....	152
Annexe IX : Position du SNJMG sur la ROSP avec article publié sur leur blog le 30/10/2013....	157
Annexe X : Avis du CNOM sur la ROSP avec commentaires.....	158
Annexe XI : Lettre adressée à l'Académie de médecine et sa réponse.....	163
Annexe XII : Lettre à l'UFC Que choisir et sa réponse.....	165
Annexe XIII : Lettre de refus de la ROSP.....	167
Annexe XIV : Lettre de la CPAM concernant la diffusion de la position de refus.....	168
Annexe XV : Présentation du projet de thèse envoyée aux médecins participants.....	169
Annexes XVI : Article 26 de l'arrêté du 22/09/2013 sur la ROSP dans la convention.....	170
Annexes XVII : Tableaux de bord des réponses au questionnaire.....	181
Annexes XVIII : Commission paritaire nationale de juin 2013.....	182
Annexes XIX : Verbatim des raisons du refus au questionnaire.....	193



Rémunération sur objectifs de santé publique

Le recueil des indicateurs déclaratifs 2012 Cardiologue

Indicateurs d'organisation du cabinet : logiciels métier, affichage horaires

1. **Saisie des informations sur Espace Pro jusqu'au 31 janvier 2013** (la déclaration est possible par connexion à Espace Pro avec ou sans carte CPS).
 - Pour ceux ayant saisi les informations avant fin 2012, une vérification des données déjà saisies sur l'équipement informatique est souhaitable.
 - Les données enregistrées pourront être modifiées jusqu'au 31/01/2013.
 - Si vous exercez votre activité dans plusieurs cabinets, il faudra alors compléter une seule déclaration en y mentionnant les données du cabinet le mieux équipé.

2. **Envoi des pièces justificatives concernant le logiciel métier et le logiciel d'aide à la prescription avant le 31 janvier 2013**

Les pièces justificatives acceptées sont : copie du bon de commande ou de la facture d'achat ou du contrat de maintenance comportant obligatoirement votre cachet professionnel et votre signature.

 - envoi par courrier à votre CPAM à l'adresse suivante :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Haut-Rhin Service
Relation Professionnels de Santé 19, bld du Champ de Mars BP
40454 – 68022 Colmar Cedex

 - envoi par mail des documents scannés à l'adresse suivante rosp@cpam-hautrhin.cnamts.fr.

**Rémunération sur objectifs de santé publique
Fiche de résultats 2012 des indicateurs déclaratifs
Pratique Clinique**

Docteur (Nom, Prénom) :

N° Assurance Maladie :

Les indicateurs déclaratifs de suivi sur la prévention

Indicateur	Nombre de patients hypertendus	Dont nombre de patients respectant l'objectif
Part de vos patients hypertendus ayant eu au moins une MAPA ou auto mesure de la pression artérielle		

Indicateur	Nombre de patients en post infarctus du myocarde	Dont nombre de patients respectant l'objectif
Part de vos patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l		

Votre signature

Votre Cachet



Numéro d'identification du médecin :

CPAM DES PO RUE DES REMPARTS ST MATHEU BP 89928
66013 PERPIGNAN CEDEX 9
0090922064 361195 100
eco/pli CI 1505 12.04.13 14 BASSE NORMANDIE PIC

Dr

66000 PERPIGNAN

Chère consœur, cher confrère

Vous venez de recevoir votre rémunération sur objectifs de santé publique dont le principe a été établi en 2011 par la convention médicale. D'ores et déjà, cette nouvelle façon de reconnaître l'engagement des médecins dans la santé publique et l'informatisation des cabinets médicaux a permis d'enclencher une dynamique propice à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

La rémunération sur objectifs de santé publique valorise votre mobilisation en faveur de la modernisation de votre cabinet, à l'aune notamment de l'évolution rapide de l'équipement informatique. Elle reconnaît, pour les médecins traitants, la qualité de la pratique médicale au vu de certains objectifs de santé publique.

Pour l'année 2012, votre rémunération s'est élevée à 2 659,69 euros, répartis de la manière suivante :

- 0,00 euros pour les indicateurs d'organisation du cabinet, soit 0 points;
- 2 659,69 euros pour les indicateurs de pratique clinique, soit 379 points.

Ce montant a été calculé au regard des évolutions de votre pratique et sur la base des éléments que vous aurez déclarés pour l'année 2012 ainsi que sur les données de remboursement de l'Assurance Maladie.

Vous pouvez consulter le niveau actuel de vos indicateurs sur *Espace pro* et prendre connaissance des modalités de calcul qui vous concernent. Vos échanges avec les délégués de l'Assurance Maladie et les médecins-conseil vous permettront aussi, en tant que de besoin, de trouver des réponses concrètes à vos éventuelles interrogations, sur les objectifs de santé publique comme sur le fonctionnement des indicateurs.

Ainsi, dans les prochains mois, l'Assurance Maladie va-t-elle continuer de vous accompagner, au plus près de vos besoins, dans le seul but de faire progresser, ensemble, la santé en France.

Nous vous prions d'agréer, chère consœur, cher confrère, l'expression de nos salutations distinguées.

Le médecin conseil, chef de
l'échelon local du service médical.

Le directeur de votre caisse
de l'Assurance Maladie.

0060V22.00.07

Dans ce cas, la rupture prend effet à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification par le praticien, à moins qu'il ne le suspende en présentant des observations en réponse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La caisse a alors, à nouveau, un mois à compter de la réception desdites observations pour répondre en infirmant ou confirmant sa décision de résilier.

Article 7

Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'exécution du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales, réunies en formation médecins.

Le médecin peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur le bilan annuel signé à l'issue de son entretien avec le médecin-conseil.

Cette demande suspend les effets du contrat mais ne fait pas obstacle aux voies de recours juridictionnelles habituelles.

Fait à ..., le...

*Le directeur de la caisse primaire
d'assurance maladie,*

Le médecin,

ANNEXE 1

AU CONTRAT TYPE (1)

Objectifs du docteur ...

Date de signature du contrat : ...

Date d'effet du contrat : ...

Nombre de patients affiliés au régime général (hors section locale mutualiste) ayant déclaré le docteur..... comme médecin traitant (MT) :

Les niveaux initiaux ont été calculés sur les données du médecin observées jusqu'au

Champ « Dépistage et prévention - suivi des pathologies chroniques »

THÈME	INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
Grippe.	Nombre de patients MT \geq 65 ans vaccinés/nombre de patients MT \geq 65 ans.		71 %	75 %
Cancer du sein.	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein/nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans).		73 %	80 %
Vasodilatateurs.	Nombre de patients MT > 65 ans traités/nombre patients MT > 65 ans.		\leq 9 %	\leq 7 % (*)
Benzodiazépines à demi-vie longue.	Nombre de patients MT > 65 ans traités/nombre patients MT > 65 ans.		\leq 9 %	\leq 5 % (*)

(*) Les objectifs cibles des indicateurs visés *supra* sont décroissants.

Les patients pris en compte sont ceux qui ont déclaré le docteur comme médecin traitant.

THÈME	INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
Diabète.	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/nombre de patients diabétiques MT.		55 %	65 %

THÈME	INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
HTA.	Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an /nombre de patients diabétiques MT.		52 %	65 %
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines/nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs.		65 %	75 %
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines.		55 %	65 %
	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels ≤ 140/90.	30 %	40 %	50 %

Les patients pris en compte sont ceux qui ont déclaré le docteur comme médecin traitant.

Champ « Optimisation des prescriptions »

INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes).		84 %	90 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/prescription d'IPP (en nb de boîtes).		70 %	80 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/prescription de statines (en nb de boîtes).		58 %	70 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes).		55 %	65 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/prescription d'antidépresseurs (en nb de boîtes).		70 %	80 %
Prescription d'IEC (en nb de boîtes)/prescription d'IEC + Sartans (en nb de boîtes).		55 %	65 %
Nb de patients MT traités par aspirine à faible dosage/nb de patients traités par antiagrégants plaquettaires.		84 %	85 %

Les prescriptions prises en compte sont celles des patients ayant déclaré le docteur comme médecin traitant.

(1) La présente annexe demeure valable deux mois tant que le médecin n'a pas souscrit au présent contrat. A l'expiration de ce délai, si le médecin souhaite souscrire au présent contrat, il peut demander la mise à jour des données.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

CONSEIL DEPARTEMENTAL
DE L'AUDE

Carcassonne, le 13 Octobre 2009

Chère Consœur, Cher Confrère, Cher Ami (e),

Nous avons été démarchés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aude pour la signature des contrats dits « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » CAPI.

Cette incitation écrite, était peut être doublée d'une sollicitation directe, par démarchage téléphonique ou par visite directe à votre Cabinet, d'un délégué de l'Assurance Maladie.

Outre le fait que la CPAM utilise des méthodes d'information par « délégués médicaux » qu'en d'autre temps, elle vilipendait et jugeait partisane, le Conseil de l'Ordre des Médecins tant au niveau National que Départemental s'oppose farouchement à la signature de ces CAPI.

A – Le mépris de notre pratique médicale

L'Ambition de l'administration non médicale, d'améliorer la pratique professionnelle de Médecins exerçant depuis des années est une insulte cinglante à la profession et présente notre savoir médical comme fondamentalement insuffisant.

B – Le caractère Anti-Déontologique des Contrats

Ces Contrats CAPI lient par signature le Praticien à un organisme financier, l'Assurance Maladie, par ce biais :

- * Ils incitent le Médecin à la recherche d'un résultat non plus Médical mais comptable,
- * Ils aliènent le Praticien à un organisme financier dont le « bon-vouloir » conditionnera la contre-partie financière,
- * Ils constituent une forme éhontée de compéage, puisque la rémunération est dépendante de l'aspect purement financier de la prescription,
- * Ils occultent l'obligation légale d'information du Patient : en effet le Médecin est tenu d'informer son Patient du cadre contractuel dans lequel il exerce et la mention d'une adhésion au CAPI doit être affichée ou annoncée clairement.

Ainsi, lien de subordination, incitation financière, aliénation contractuelle, compéage sont autant d'éléments en infraction totale avec l'Ethique Médicale inscrite en lettre d'Or dans le Code de Déontologie. (Articles 3 – 5 – 8 – 19 – 23 – 35 et 36)

C – Caractère Discriminatoire de ces CAPI

Ciblés sur certains gros prescripteurs, les CAPI éliminent les « Petites Patientèles » et installent hors de leur champ d'application une fraction importante de la population consultante.

D –Le Caractère Mercantile des CAPI

Ils offrent aux Médecins Conseils l'habit de « Porteur d'Affaire », puisque ces Médecins Conseils vont percevoir un intéressement financier en fonction du nombre de contrats « placés » sur leur secteur d'influence.

Ainsi sous le masque honorable d'une amélioration de la qualité des soins, se cachent des objectifs économico-financiers inacceptables pour la profession, car mettant en danger son indépendance professionnelle, sa liberté de prescription et la qualité de ses soins.

Le caractère contractuel de ce protocole signé par les Médecins et les Caisses induit **une obligation de transmission** de ces CAPI au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

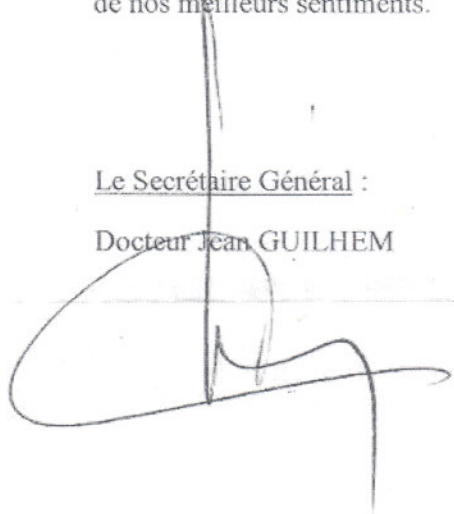
Bien qu'autorisé par la loi du 23 Juillet 2009, dite loi HPST à traduire devant les Chambres Disciplinaires du Conseil Régional les Médecins ayant signé des Contrats à caractère anti-déontologique, il est peu probable que le Conseil de l'Ordre des Médecins de l'AUDE s'engage dans cette voie.

Toutefois le Conseil Départemental tenait à alarmer la profession du risque inhérent à ce genre de « Marché », dans lequel le Patient perdrait son identité et le Médecin son âme.

Nous vous prions de croire Chère Consœur, Cher Confrère, Cher Ami(e), à l'assurance de nos meilleurs sentiments.

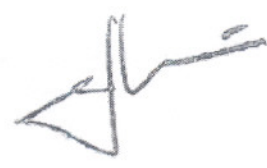
Le Secrétaire Général :

Docteur Jean GUILHEM



Le Président :

Docteur Bernard ROMAIN



Annexe VI : Données de la commission paritaire locale du Finistère

- Montant moyen par médecin généraliste : 4 827,24 €
- Montant moyen par médecin spécialiste : 930 €
- Montant minimum perçu : 3,44 €
- Montant maximum perçu : 15 158,43 €
- Nombre de professionnel n'ayant pas perçu de rémunération : 373 soit 27,6%
- Nombre de médecins généralistes (31/12/2012) : 887
- Nombre de médecins spécialistes (31/12/2012) : 664

Répartition du nombre de médecins rémunérés par tranches de rémunération

Rémunération en euros comprise entre	généralistes		spécialistes hors cardiologues		toutes spécialités hors cardiologues	
	Nombre de médecins	pourcentage	Nombre de médecins	pourcentage	Nombre de médecins	pourcentage
1 à 99	11	1,6%	1	0,4%	12	1,2%
100 à 499	20	2,8%	55	20,4%	75	7,7%
500 à 999	35	4,9%	121	45,0%	156	16,0%
1 000 à 1 499	37	5,2%	69	25,7%	106	10,8%
1 500 à 1 999	27	3,8%	23	8,6%	50	5,1%
2 000 à 2 499	38	5,4%			38	3,9%
2 500 à 2 999	31	4,4%			31	3,2%
3 000 à 3 499	25	3,5%			25	2,6%
3 500 à 3 999	36	5,1%			36	3,7%
4 000 à 4 499	50	7,1%			50	5,1%
4 500 à 4 999	56	7,9%			56	5,7%
5 000 à 5 499	60	8,5%			60	6,1%
5 500 à 5 999	46	6,5%			46	4,7%
6 000 à 6 499	52	7,3%			52	5,3%
6 500 à 6 999	44	6,2%			44	4,5%
7 000 à 7 499	27	3,8%			27	2,8%
7 500 à 7 999	24	3,4%			24	2,5%
8 000 à 8 499	19	2,7%			19	1,9%
8 500 à 8 999	14	2,0%			14	1,4%
9 000 à 9 499	22	3,1%			22	2,3%
9 500 à 9 999	15	2,1%			15	1,5%
10 000 à 10 499	5	0,7%			5	0,5%
10 500 à 10 999	5	0,7%			5	0,5%
11 000 à 11 999	2	0,3%			2	0,2%
12 000 à 12 999	4	0,6%			4	0,4%
13 000 à 13 999	1	0,1%			1	0,1%
14 000 à 14 999	1	0,1%			1	0,1%
15 000 à 15 200	1	0,1%			1	0,1%
	708	100,0%	269	100,0%	977	100,0%



Lanja Andriantsehenoharina <lanja.andrian@gmail.com>

à propos de la rémunération sur objectifs de santé publique

2 messages

Lanja Andriantsenoharina <lanja.andrian@gmail.com>

15 octobre 2013 16:22

À : courdescomptes@ccomptes.fr

Bonjour,

Je suis une interne de médecine générale à la faculté de Montpellier 1. Je cherche des informations sur le nouveau dispositif de rémunération des médecins généralistes libéraux, inscrit dans la convention signée le 26 juillet 2011. En particulier, je cherche les premiers résultats de ce dispositif, en termes de dépenses et d'économies faites.

J'ai parcouru le document de la commission paritaire nationale de l'Assurance Maladie d'avril 2013, qui en dresse les principaux résultats chiffrés.

Je souhaitais savoir si la cour des comptes faisait une évaluation médico économique actuellement, c'est-à-dire si un rapport était en cours. Ou savoir dans quelle échéance de temps il était prévu qu'elle en fasse. (peut-être au terme des 5 ans de convention simplement).

Merci pour vos réponses éventuelles.

Cordialement

Lanja ANDRIANSTEHENOHARINALA

Cour des comptes <courdescomptes@ccomptes.fr>

18 octobre 2013 09:42

À : Lanja Andriantsehenoharina <lanja.andrian@gmail.com>

Bonjour,

Je suis au regret de vous informer que la Cour des comptes ne communique pas sur la programmation de ses travaux, ni sur ses travaux en cours.

Cordialement,

--

Cour des comptes

Direction de la communication

www.ccomptes.fr

De : Lanja Andriantsehenoharina [mailto:lanja.andrian@gmail.com]

Envoyé : mardi 15 octobre 2013 16:23

À : Cour des comptes

Objet : à propos de la rémunération sur objectifs de santé publique

[Texte des messages précédents masqué]

Jean-Claude JACOUPY
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation
10 Rue Eugène Labiche
75116 PARIS

@

CONSEIL D'ETAT

SECTION DU CONTENTIEUX

REQUETE ET MEMOIRE

Pour : 1°) Le Syndicat Union Collégiale, dont le siège est 455 Promenade des Anglais, Immeuble Arénice, 06200 Nice, représenté par son Président en exercice,

2°) L'Association pour l'Utilisation Raisonnée des Médecines Alternatives (AURMA), dont le siège est 455 Promenade des Anglais, Immeuble Arénice, 06200 Nice, représenté par son Président en exercice,

Contre : L'arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n°3, n°5 et n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.

FAITS

I. – L'arrêté du 22 septembre 2011 a porté approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes en date du 26 juillet 2011.

Cette convention a introduit un nouveau dispositif de prime à la performance, dispositif dont le principe est consacré par l'article 26 de ladite convention.

En effet, cet article 26 prévoit que :

« Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins.

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles conclus sur la base de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel.

Les médecins qui adhèrent à la présente convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal officiel de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés.

Ensuite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de cette rémunération complémentaire peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse ».

Ce dispositif a suscité des réserves et interrogations quant à son application, les caisses d'assurance maladie n'ayant pas retenu la même interprétation du texte.

Concrètement, donc, un certain nombre de médecins ont informé leur caisse primaire d'assurance maladie de leur volonté de ne pas adhérer à cette option dite « P4P ».

Mais certaines caisses ont opposé un refus au motif que le courrier était parvenu au-delà du délai de trois mois prévu par la réglementation.

Par ailleurs, des caisses indiquent aux médecins qu'en l'absence de notification de refus par lettre recommandée avec accusé de réception, le médecin est considéré comme ayant tacitement accepté l'option.

Mais d'autres Caisses ont précisé que les médecins étaient libres « d'intégrer ou de sortir à tout moment » du dispositif.

Ces positions divergentes entre les caisses ont mis en exergue les difficultés d'application de ce nouveau dispositif.

En outre, rien dans le texte ne permet de déterminer selon quelles modalités un médecin qui se trouve en arrêt de travail et qui ne peut pas notifier son refus d'adhésion avant le 26 décembre 2011 régularise sa situation.

L'arrêté du 5 mars 2012 qui porte approbation de trois avenants à la convention médicale n'a pas permis d'apporter une réponse satisfaisante à ces questions.

C'est le texte attaqué.

DISCUSSION

II. – En premier lieu, l'arrêté encourt l'annulation en ce qu'il est entaché d'une incompétence et d'un vice de procédure.

D'une part, Monsieur FATOME, directeur de la sécurité sociale, ne justifie pas être habilité à signer l'arrêté attaqué pour le Directeur général de la santé et le ministre du travail.

D'autre part, cet arrêté a été pris sans consultation de certains syndicats de médecins, alors même que ce texte concerne les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

II. – En second lieu, l'arrêté doit être annulé en ce qu'il est dépourvu de base légale.

En effet, l'arrêté du 5 mars 2012 est fondé sur l'arrêté du 22 septembre 2011, qui a porté approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011.

Or, cet arrêté du 22 septembre 2011 est illégal.

II. A) En droit, il est possible d'exciper de l'illégalité de l'arrêté portant approbation de la convention nationale.

Une telle exception d'illégalité d'un acte réglementaire est possible à toute époque, l'exception de l'illégalité d'un tel acte étant perpétuelle.

Il faut préciser que :

« si des requérants peuvent invoquer à l'appui de conclusions dirigées contre un acte administratif l'illégalité dont serait entaché un règlement, même devenu définitif, un tel moyen ne peut être accueilli que dans la mesure où la décision dont l'annulation est demandée constitue une mesure d'application de celle dont l'illégalité est invoquée par voie d'exception » (CE, 12 mai 2010, *Ordre des avocats du Barreau de Belley et autres*, n°325665)

Et si l'exception d'illégalité est retenue, l'acte attaqué pris en application de l'acte réglementaire déclaré illégal est entaché d'un manque de base légale (CE, 10 juillet 1995, *Commune de la Tremblade*, n°148139).

En l'espèce, il est utile de rappeler que l'arrêté du 5 mars 2012 porte approbation de trois avenants, n° 3, n°5 et n°6 à la convention médicale signée le 26 juillet 2011.

C'est l'avenant n°3 qui porte sur le dispositif mis en place par l'article 26 de la convention nationale relatif au nouveau mode de rémunération sur objectifs de santé publique.

Cet avenant a été conclu en vue de la fixation d'un objectif intermédiaire pour chaque indicateur de qualité de la pratique médicale.

Il s'agit donc bien d'un texte d'application de l'arrêté portant approbation de la convention médicale signée le 26 juillet 2011.

Par conséquent, le Syndicat exposant est recevable à exciper de l'illégalité de cet arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale.

II. B) Tout d'abord, l'arrêté du 22 septembre 2011 est illégal en ce qu'il n'est pas suffisamment clair et précis, méconnaissant par là-même le principe de sécurité juridique.

Par sa décision n° 99-421 DC du 16 décembre 1999, le Conseil Constitutionnel a consacré l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi :

« en effet, l'égalité devant la loi énoncée par l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen et la « garantie des droits » requise par son article 16 pourraient ne pas être effectives si les citoyens ne disposaient pas d'une connaissance suffisante des normes qui leur sont applicables ».

Cet objectif s'ajoute à l'exigence de clarté de la loi que le Conseil constitutionnel avait déduite de l'article 34 de la Constitution.

Comme le rappelait Monsieur GUYOMAR dans ses conclusions prononcées à l'occasion de l'affaire « *Section Française de l'Observatoire International des Prisons* » :

« le Conseil Constitutionnel a rapidement considéré qu'un certain nombre d'obligations découlait de cet objectif. Il en a déduit que les règles ne devaient pas présenter « une complexité inutile » (décision n° 2003-473 DC du 26 juin 2003) et qu'il imposait « d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques » (décision n° 2004-494 DC du 29 avril 2004). Toutefois, le juge constitutionnel admet que des motifs d'intérêt général

justifie la complexité de la loi (décision précitée du 29 avril 2004). Enfin, il a jugé que cet objectif fait obstacle à ce que « les règles présentent une complexité excessive au regard de l'aptitude de leurs destinataires à en mesurer utilement la portée » au motif que « cette complexité restreindrait l'exercice des droits et libertés garantis tant par l'article 4 de la Déclaration, en vertu duquel cet exercice n'a de bornes que celles qui sont déterminées par la loi, que par son article 5, aux termes duquel « tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas » (décision n° 2005- 530 du 29 décembre 2005). Cela l'a conduit à déclarer contraire à la Constitution l'article 78 de la loi de finances pour 2006 après avoir relevé que « la complexité de ces règles se traduit notamment par la longueur de l'article 78, par le caractère imbriqué, incompréhensible pour le contribuable, et parfois ambigu pour le professionnel, de ses dispositions, ainsi que par les très nombreux renvois qu'il comporte à d'autres dispositions elles-mêmes imbriquées ; que les incertitudes qui en résulteraient seraient source d'insécurité juridique, notamment de malentendus, de réclamations et de contentieux » et « que la complexité nouvelle imposée aux contribuables ne trouve sa contrepartie dans aucun motif d'intérêt général véritable » (conclusions sur CE, 12 décembre 2007, Section Française de l'Observatoire International des Prisons, n°293993).

Et le Conseil d'Etat a admis le caractère opérant à l'encontre d'un décret, du moyen tiré de la violation de cet objectif constitutionnel (8 juillet 2005, *Fédération des syndicats généraux de l'éducation nationale et de la recherche publique SGEN CFDT et autres*, Rec. T. p. 708).

Par ailleurs, par sa décision d'Assemblée, *Société KPMG*, la Haute Juridiction a consacré cette solution en écartant le moyen tiré de l'imprécision de certains articles du Code de déontologie des commissaires aux comptes (CE, Ass., 24 mars 2006, *Société KPMG et autres*, n° 288460).

En l'espèce, l'adoption du dispositif de prime à la performance se manifeste par une grande ambiguïté et par le caractère incomplet des dispositions qui le régissent.

D'une part, les dispositions en cause ne permettent pas de déterminer clairement si l'absence de refus du dispositif dans un délai de trois mois vaut accord tacite.

Bien souvent, les conditions de naissance des décisions d'acceptation tacite sont prévues de manière expresse par le texte qui met en place un tel type de décision.

Certes, le texte prévoit un mécanisme selon lequel le refus doit être communiqué dans un délai de trois mois à compter de la publication de la convention médicale.

Certaines caisses primaires d'assurance maladie en déduisent que si le médecin n'a pas communiqué expressément son refus par lettre recommandée dans le délai imparti, il est censé avoir adhéré *tacitement* au dispositif.

D'autre part, la même imprécision concerne les modalités selon lesquelles le refus doit être exprimé.

L'article 26 de la convention nationale indique que le refus doit être notifié dans un délai de trois mois à compter de la publication du texte ou suivant l'installation pour les médecins nouvellement installés.

Mais si cet article 26 de la convention évoque la notification du refus qui doit intervenir dans un délai de trois mois, force est de constater qu'aucune précision est apportée sur cette notion même de notification.

Il aurait été pour le moins opportun de préciser si la notification du refus s'entend de la date à laquelle le médecin envoie son refus ou de la date à laquelle la caisse primaire d'assurance maladie a accusé réception du refus.

Une telle imprécision a généré des pratiques totalement divergentes de la part des caisses, certaines tenant compte de la date d'envoi, d'autres de la date de réception.

Au surplus, le texte ne prévoit pas les modalités qui doivent être suivies par les médecins se trouvant en arrêt de travail.

Le fait de se trouver en arrêt de travail a, en effet, pu faire obstacle à ce que le médecin puisse communiquer son refus dans le délai de trois mois.

Or, si le texte a prévu l'hypothèse des nouveaux installés, rien n'est dit sur le cas des personnes en congé au moment de la parution de la convention nationale.

Les médecins concernés n'ont objectivement pas pu faire connaître leur refus s'ils étaient en congé, et le risque est pour eux de se voir imposer une adhésion tacite alors même qu'ils ne savaient pas même qu'ils devaient effectuer un choix.

De telles imprécisions ne permettant pas aux médecins de déterminer clairement les modalités d'adhésion au système et leur faisant courir le risque de se voir opposer une adhésion tacite contre leur gré peuvent être considérées comme une méconnaissance du principe de sécurité juridique, principe général du droit (CE, Ass., 24mars 2006, *Sté KPMG et autres*, n° 288460).

II. C) Ensuite, l'arrêté du 22 septembre 2011 est illégal en ce qu'il créé une discrimination injustifiée et excessive.

En droit, la jurisprudence a admis très tôt que le principe d'égalité ne faisait pas obstacle à ce que des personnes se trouvant dans une situation différente fassent l'objet d'un traitement distinct.

Mais cette différence de traitement est subordonnée à l'exigence qu'elle soit proportionnée à la différence de situation, eu égard à l'objet de la mesure en cause (CE, Ass., 28 mars 1997, *Société Baxter et autres*, Rec. p. 114).

Concrètement donc, est discriminatoire une distinction entre des personnes placées dans une situation analogue, si elle n'est pas assortie de justifications objectives et raisonnables, c'est-à-dire si elle ne poursuit pas un objectif d'utilité publique, ou si elle n'est pas fondée sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec les objectifs de la loi.

Il a par exemple été jugé que les pensions sont des rémunérations différées qui visent à assurer aux anciens militaires ou à leurs ayants cause, des conditions matérielles de vie en rapport avec la dignité des fonctions qu'ils ont exercées. Dès lors, rien ne justifie, à cet égard, une différence à raison de la nationalité (CE, 6 février 2002, Min. de l'Economie c/Madame Doukouré).

En l'espèce, il est fait grief au texte de n'avoir envisagé que la seule possibilité de retourner vers la prime à la performance lorsque le médecin a refusé ce dispositif.

En revanche, le texte ne prévoit pas l'hypothèse inverse, consistant à « sortir » de l'option.

Autrement dit, si un médecin a refusé d'adhérer au dispositif, il peut revenir sur son refus à tout moment.

Mais si un médecin a accepté d'adhérer au dispositif, rien ne lui permet de sortir de cette option.

On ne voit pas sur quels fondements une telle inégalité peut exister.

Il n'y a pas plus de raisons de droit et de fait de privilégier la liberté de revenir sur une décision négative que dans l'hypothèse où le médecin avait initialement refusé l'option.

Dans la mesure où le mécanisme n'est pas obligatoire, et qu'il appartient aux médecins de décider s'ils acceptent ou non d'y adhérer, rien ne justifie que la liberté d'adhérer ne s'effectue que dans un sens.

A supposer que ce système de prime à la performance soit considéré comme participant à l'amélioration du système de soins, de sorte que le fait de privilégier l'adhésion à ce système répond à un motif d'intérêt général justifiant une discrimination, la discrimination apparaît clairement excessive.

En effet, ce système implique des conséquences irréversibles pour le médecin qui n'aurait pas communiqué son refus d'adhérer à cette prime à la performance.

Or, on a pu le rappeler, rien ne permet de déterminer les modalités selon lesquelles le médecin placé en congé maladie peut communiquer son refus.

Cette imprécision le place, par conséquent, dans une situation fortement précaire, ce d'autant plus qu'il risque de se voir opposer l'impossibilité de revenir sur son choix.

Une telle discrimination dans un contexte aussi peu encadré est injustifiée, et donc illégale.

L'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention médicale est donc bien illégal, de sorte que l'arrêté du 5 mars 2012 est dépourvu de base légale.

Si l'acte réglementaire est déclaré illégal, les autorités compétentes sont tenues d'en tirer les conséquences.

Il convient en effet de rappeler que, depuis l'arrêt *Alitalia* du 3 février 1989, l'administration doit abroger tout règlement devenu illégal (CE, 3 février 1989, *Alitalia*, Rec. p. 44).

Il y a donc lieu d'enjoindre à l'Etat d'abroger l'arrêté du 22 septembre 2011 et de prendre un nouveau texte.

PAR CES MOTIFS :

Et tous autres à produire, déduire ou suppléer, au besoin même d'office, le Syndicat Union Collégiale conclut à ce qu'il

PLAISE AU CONSEIL D'ETAT

- **ANNULER** l'arrêté du 5 mars 2012,
- **ENJOINDRE** à l'Etat d'abroger l'arrêté du 22 septembre 2011 et d'adopter un nouveau texte,
- **CONDAMNER** l'Etat à lui verser la somme de 5 000 euros en application de l'article L.761-1 du code de justice administrative,

le tout, avec toutes les conséquences de droit.

PRODUCTIONS :

- Arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n°3, n°5 et n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011
- Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes en date du 26 juillet 2011
- Timbre dématérialisé.

Jean-Claude Jacoupy
Avocat au Conseil d'Etat

DUPLICATA

23 NOV. 2012

Annexe VIIIb : Observations en défense des affaires juridiques du Ministère de la Santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

001264

Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère de l'économie et des finances

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

Sous-direction du financement de l'offre de soins

Bureau des relations avec les professionnels de santé (1B)

Personne chargée du dossier :

Cendrine Blazy

Cendrine.blazy@sante.gouv.fr

Tél. : 01 40 56 74 11

DELEGATION AUX AFFAIRES JURIDIQUES

Personne chargée du dossier :

Christophe Fouassier

Christophe.fouassier@sante.gouv.fr

Tél. : 01 40 56 71 70

Paris, le 22 NOV. 2012

CONSEIL D'ETAT
23.11.2012 359101
CONTENTIEUX

La Ministre des affaires sociales et de la santé

A

Monsieur le Président de la section du contentieux,
Conseil d'Etat
Section du contentieux
1, place du Palais Royal
75100 PARIS 01 SP

OBJET: Requête n° 359101, enregistrée le 3 mai 2012, formée par le syndicat Union collégiale et l'Association pour l'utilisation raisonnée des médecines alternatives.

REF. : Vos communications du 31 mai 2012 et du 7 août 2012.

Par courrier ci-dessus référencé, vous m'avez communiqué copie de la requête par laquelle le syndicat Union collégiale et l'Association pour l'utilisation raisonnée des médecines alternatives (AURMA) demandent au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants n°3, 5 et 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (*Journal officiel* de République française du 22 mars 2012) et d'enjoindre à l'Etat d'abroger l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-après, les observations que cette affaire appelle de ma part.

I. RAPPEL DES FAITS

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (CSS) dispose que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La teneur de ces conventions nationales est précisée par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 CSS.

Une convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes a été conclue le 26 juillet 2011 entre, d'une part, l'UNCAM et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et la Fédération française des médecins généralistes (MG France). La fédération des médecins de France (FMF) a également signé la convention médicale de 2011 dans le cadre d'un acte d'adhésion publié par avis au Journal Officiel du 27 janvier 2012. Cette convention a été approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, publié au Journal Officiel du 25 septembre 2011.

Cette convention médicale a introduit un nouveau dispositif de rémunération à la performance explicité aux articles 26 et suivants et à l'annexe XVII.

Par arrêté du 5 mars 2012 publié au Journal Officiel du 22 mars 2012, les avenants 3, 5 et 6 à la convention médicale conclue le 26 juillet 2011 ont été approuvés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. L'avenant 3 a été conclu le 8 décembre 2011 entre, d'une part, l'UNCAM et, d'autre part, la CSMF, le SML et MG France. Cet avenant a pour objet la fixation des objectifs intermédiaires pour chaque indicateur de qualité de la pratique médicale prévu dans le cadre de la rémunération à la performance. Ces objectifs intermédiaires permettront de calculer la rémunération annuelle due aux médecins libéraux.

Le syndicat Union collégiale et l'Association pour l'utilisation raisonnée des médecines alternatives contestent la légalité des arrêtés du 22 septembre 2011 et 5 mars 2012 susmentionnés. Ils demandent au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêté du 5 mars 2012 et d'enjoindre à l'Etat d'abroger l'arrêté du 22 septembre 2011. Ils demandent également le versement d'une somme de 5 000€ en application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

II. DISCUSSION

1) Sur le moyen tiré de l'incompétence matérielle du directeur de la sécurité sociale pour signer l'arrêté du 5 mars 2012 portant approbation des avenants 3, 5 et 6 à la convention médicale de 2011

Les requérants soutiennent que le directeur de la sécurité sociale, M. Thomas FATOME n'était pas habilité à signer l'arrêté attaqué « pour le directeur général de la santé et le ministre du travail ».

Le syndicat requérant fait une analyse inexacte du contrescoring de cet arrêté. Le directeur de la sécurité sociale ne saurait effectivement signer pour le compte du directeur général de la santé.

En l'espèce, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé ont signé, chacun pour ce qui le concerne compte tenu de la teneur de l'arrêté du 5 mars 2012, par délégation, pour le ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Mais, le directeur de la sécurité sociale a également signé par délégation pour la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement.

L'article L. 162-15 du CSS précise que la convention médicale et ses avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. A la date de la signature de l'arrêté contesté, les ministres compétents en matière de santé et de sécurité sociale étaient le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement.

Ces ministres détenaient chacun des compétences en matière de sécurité sociale prévues par le décret n°2010-1449 du 25 novembre 2010 relatif aux attributions du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et le décret n° 2010-1451 du 25 novembre 2010 relatif aux attributions du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat. Ces décrets précisent d'ailleurs que les deux ministres ont autorité conjointe sur la direction de la sécurité sociale.

Monsieur FATOME a été nommé directeur de la sécurité sociale par décret du 26 janvier 2012, publié au Journal officiel du 27 janvier 2012. En sa qualité de directeur d'administration centrale, il bénéficiait d'une délégation de ces deux ministres pour signer l'ensemble des actes, à l'exception des décrets, relatifs aux affaires des services placés sous son autorité, en vertu des dispositions de l'article 1^{er} du décret n°2005-850 du 27 juillet 2005 relatif aux délégations de signature des membres du Gouvernement.

Le directeur de la sécurité sociale était donc habilité à signer pour les deux ministres au titre de leurs compétences en matière de sécurité sociale.

Ce moyen sera donc écarté.

2) Sur le moyen tiré d'un vice de procédure, à défaut de consultation préalable, selon les termes des requérants, de « certains syndicats de médecins »

Les requérants soutiennent que l'arrêté est entaché d'illégalité en ce qu'il a été pris sans consultation préalable de « certains syndicats de médecins ».

Outre que les requérants ne précisent ni les textes qui exigeraient ces consultations ni les noms des syndicats qu'il aurait fallu consulter, il est rappelé que les conventions et avenants sont conclus entre l'UNCAM et les syndicats *représentatifs* des médecins libéraux (article L. 162-5 du CSS).

Sur ce point, l'article L. 162-14-1-2 du CSS dispose que : « I- *La validité des conventions et accords mentionnés à l'article L.162-5 CSS est subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national (...)* » par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'enquête de représentativité des organisations professionnelles en vue de la négociation de la nouvelle convention médicale a été lancée le 9 novembre 2010 dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale. Par communiqué de presse du 3 mars 2011, les ministres ont indiqué qu'au terme de la procédure conduite par la Mission Nationale de Contrôle (MNC) et des résultats obtenus aux élections aux URPS, la représentativité est acquise pour les organisations suivantes : pour ce qui concerne les médecins généralistes, selon le rang suivant, à MG-France, la CSMF, le SML, la FMF, et pour ce qui concerne les médecins spécialistes, selon le rang suivant, à la CSMF, le SML, le Bloc, la FMF.

Précisément, et les requérants ne le contestent pas, les avenants 3, 5 et 6 ont bien été négociés avec l'ensemble des syndicats *représentatifs* des médecins libéraux, à savoir la CSMF, le SML, MG France, le BLOC et la FMF.

La procédure n'est donc entachée d'aucune irrégularité.

3) Sur l'exception d'illégalité de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention médicale conclue le 26 juillet 2011

Les requérants, pour contester l'arrêté du 5 mars 2012 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention médicale de 2011, excipent de l'illégalité de l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention médicale de 2011. Ils estiment, en effet, que l'arrêté portant approbation de l'avenant n°3 constituerait une *mesure d'application* de l'arrêté du 22 septembre 2011, au motif que l'avenant n°3 serait lui-même une mesure d'application des stipulations des articles 26 et suivants de la convention médicale approuvée par l'arrêté du 22 septembre 2011.

Mais l'avenant n°3 ne constitue en rien, contrairement à ce qui est soutenu, *une mesure d'application* des articles 26 et suivants de la convention médicale de 2011 qui traitent de la rémunération à la performance. Il a, au contraire, pour objectif de modifier les stipulations de l'article 26.2 de la convention de 2011 s'agissant des indicateurs de la qualité de la pratique médicale, pour y introduire des objectifs intermédiaires. Le tableau de l'article 26.2 correspondant à cette catégorie d'indicateurs est modifié à cette fin, tandis qu'un nouvel alinéa est ajouté avant le dernier alinéa de l'article.

Il est donc constant que cet avenant ne procède pas de l'article 26.2, qu'il modifie. Il ne saurait davantage être regardé comme une mesure d'application de l'article 26 au seul motif que cet article prévoit la possibilité pour les partenaires de conclure des avenants afin d'aménager, le cas échéant, le dispositif.

Le dispositif mis en place par les articles 26 et suivants de la convention de 2011 n'appelait, en outre, aucune mesure d'application. Il est ainsi entré en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012.

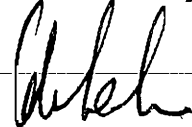
Par suite, les requérants ne peuvent utilement invoquer, à l'encontre de l'arrêté attaqué, par voie d'exception, l'illégalité dont serait entaché l'arrêté du 22 septembre 2011.

Ce moyen sera donc écarté.

Les conclusions à fin d'annulation ne pourront dès lors qu'être rejetées. Il en sera de même, par voie de conséquence, des conclusions à fin d'injonction.

Par ces motifs et tous autres à produire, déduire ou suppléer même d'office, je conclus à ce qu'il plaise au Conseil d'Etat de bien vouloir rejeter la requête du syndicat Union collégiale et de l'Association pour l'utilisation raisonnée des médecines alternatives.

Pour le ministre et par délégation
La directrice des affaires juridiques



Catherine de SALINS

Annexe IX : Position du SNJMG sur la ROSP avec article publié sur leur blog le 30/10/2013

De : **Théo COMBES** <theo.combes@wanadoo.fr>
Date : 12 novembre 2013 19:49
Objet : Re: dans l'attente d'un contact avec vous
À : Lanja Andriantsehoanarinala <lanja.andrian@gmail.com>
Cc : Président SNJMG <president@snjmg.org>, Marine CREST - GUILLUY <marine.crest@hotmail.fr>, Emilie FRELAT <emilie.frelat@wanadoo.fr>

Bonjour,

Désolé, je ne me souviens avoir reçu de mails à ce sujet précédemment, il est possible qu'ils aient été mal dirigés. C'est vrai que j'ai reçu une note concernant votre appel, mais comme elle faisait référence à des mails dont je n'avais pas connaissance... Bref, là, je reçois votre message directement et c'est tant mieux.

Sur le fond, sachez que notre syndicat n'appelle pas à refuser le paiement à la performance, tout en restant critique sur ses modalités actuelles.

Peut-être avez-vous déjà lu l'article à ce sujet sur notre blog ? <http://blog-snjmg.over-blog.com/> à la date du 30 octobre ?

Dites moi si vous avez besoin de plus de renseignements.

Bien cordialement,

Docteur Théo COMBES
Président du SNJMG et d'AJGRIMP
Cabinet Médical de la Galerie du Foirail
50 rue de la Madeleine
81600 GAILLAC

1 of 1

19/12/2013 16:54

30 octobre 2013

Il faut débogger la ROSP version 2011

Depuis longtemps, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG) oeuvre pour la diversification des modes de rémunération des médecins généralistes. La convention médicale signée en 2011 organise enfin cette diversification avec 3 modes de rémunération possibles pour les médecins généralistes conventionnés : le paiement à l'acte, les forfaits pour les tâches administratives et d'accompagnement des pathologies chroniques (forfait Affection Longue Durée et forfait Médecin Traitant) et une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Malheureusement, cette nouveauté n'est pas à la hauteur des demandes des jeunes médecins et du SNJMG : Les montants des forfaits pour les tâches administratives et d'accompagnement des pathologies chroniques sont encore trop insuffisants pour avoir un impact significatif sur la qualité des pratiques. Quant à la ROSP, sa construction reste très opaque et discutable. Les référentiels sur lesquels elle s'appuie ne font pas l'unanimité (1). Et son application est problématique dans la mesure où les décomptes de l'Assurance Maladie semblent trop souvent erronés. Enfin, ces deux modes de rémunération sont liés quantitativement - pour tout ou partie - à la patientèle, ce qui défavorise les jeunes installés et les médecins à activité volontairement réduite et ignore totalement les remplaçants.

A titre d'exemple, l'organisation initiale du ROSP est particulièrement pénalisante pour les jeunes installés en exigeant un seuil minimal de "patientèle stable, présente au 1er janvier ET au 31 décembre". Certes, MG-France a obtenu que pour les médecins installés depuis moins de 2 ans, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs serait celle au 31 décembre. Malheureusement le SNJMG constate que cet aménagement est peu effectif par les CPAM et qu'en tout état de cause il ne résout pas toujours les désillusions des jeunes installés.

Le SNJMG renouvelle donc ses propositions de rémunérations forfaitaires contribuant (et non se substituant) à la revalorisation de l'acte clinique et favorisant (et non pénalisant) l'installation de jeunes médecins (2). En attendant le SNJMG demande à la Sécurité Sociale de n'exiger des jeunes installés aucun seuil minimal de patients pour bénéficier pleinement de la ROSP.

Auteurs : Conseil National et Bureau du SNJMG
Contacts Presse :
- Dr Marine CREST, Porte-Parole - 01 77 70 73 40 - info@snjmg.org
- Dr Théo COMBES, Président - 05 63 58 34 71 - president@snjmg.org

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Avis de l'Ordre sur la convention

Avis de l'Ordre sur la convention

14/09/2011

Monsieur Xavier BERTRAND
Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé
127, rue de Grenelle
75007 PARIS 07 SP

Paris, le 15 septembre 2011

Monsieur le Ministre,

Conformément à l'article L.162-15 du code de la sécurité sociale, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné en Séance plénière, le 14 septembre 2011, la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 26 juillet 2011.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est inquiété de la complexité d'un texte de 90 pages comportant plus de 100 pages d'annexes auquel les médecins libéraux devront adhérer pour faire bénéficier leurs patients de la prise en charge des soins.

Les mesures conventionnelles pour améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire sont très proches des mesures précédemment adoptées dans le la cadre de la convention de 2005 et qui n'ont pas permis d'amorcer la réduction des disparités territoriales. Il est regrettable que les leçons du passé n'aient pas été tirées et on peut d'ores et déjà craindre que derrière ces mesures faussement incitatives ne se profile une politique plus coercitive.

Prévoir de nouveaux modes de rémunérations suscite également de fortes réserves dès lors que la convention les associe à un alourdissement des contraintes pesant sur les praticiens et à un exercice professionnel de plus en plus administré et contrôlé. L'indépendance professionnelle a été instaurée dans l'intérêt des malades, ne l'oublions pas.

Enfin, un certain nombre de dispositions conventionnelles font difficulté sur le plan de la déontologie et de l'exercice professionnel, il nous a paru important de vous les signaler.

L'ensemble de ces points a été approfondi dans les commentaires de la convention que vous trouverez ci-joint.

Nous espérons qu'il en sera tenu compte.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Docteur Michel LEGMANN

PJ : Observations du Conseil national

Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011

Approuvés par le Conseil national de l'Ordre des médecins réuni en Session plénière le 14 septembre 2011

La convention nationale signée le 26 juillet 2011 reprend en grande partie la convention signée en 2005 et ses avenants. Elle comporte aussi quelques nouveautés.

Dans le premier cas, le Conseil national a repris de manière succincte, les avis précédemment émis. Dans le second cas, après avoir décrit sommairement les dispositions nouvelles, le Conseil national a mis en exergue les difficultés qu'elles pouvaient susciter en termes de déontologie et d'exercice médical.

Sauf exception, les dispositions nouvelles n'ont pas été reprises si elles ne justifiaient pas d'observations particulières.

Les paragraphes en gras correspondent à la position du CNOM.

Sommaire

Première Partie : Dispositions nouvelles

L'option démographie : *page 2*

L'option santé solidarité territoriale : *page 4*

Dispense d'avance de frais : *page 5*

Les refus de soins : *page 5*

Les trois piliers de la rémunération : *page 7*

La rémunération à la performance : *page 8*

Le projet de secteur optionnel : *page 10*

Les modalités des échanges électroniques : *page 12*

Les modèles types des prescriptions de la CNAMTS : *page 13*

Deuxième partie : Rappel d'observations déjà émises par le CNOM

Les missions du médecin traitant : *page 13*

Les modalités de choix du médecin traitant : *page 14*

Le programme d'accompagnement des patients diabétiques : *page 14*

Troisième partie : Observations spécifiques et juridiques

La présence de l'Ordre aux instances conventionnelles : *page 15*

Les lieux d'exercice du médecin : *page 15*

L'enregistrement du médecin auprès de la caisse : *page 16*

La situation des médecins exerçant dans des sociétés : *page 16*

La situation des collaborateurs salariés : *page 18*

La situation du remplaçant : *page 18*

La situation des adjoints et des assistants des praticiens libéraux conventionnés : *page 18*

Le secteur à honoraires différents : *page 19*

Les modalités d'adhésion à la convention : *page 19*

Les modalités de rupture d'adhésion à la convention : *page 20*

Les missions de la CPL : *page 20*

Les sanctions conventionnelles : *page 20*

- une rémunération forfaitaire de l'engagement des professionnels pour la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou pour la prise en compte de tâches administratives ;
- une rémunération à la performance versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Article 26. Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins (pages 33 à 41)

L'article 26 évoque une généralisation du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à l'ensemble des médecins.

Les médecins, par leur seule adhésion à la convention, sont censés demander à bénéficier de la rémunération à la performance et devront fournir à leur CPAM les informations nécessaires au versement de la rémunération sur objectifs.

Les médecins ne souhaitant pas bénéficier de la rémunération complémentaire devront en informer par lettre avec accusé de réception la caisse au moment de leur adhésion.

La rémunération à la performance devient donc un mode de rémunération commun à tous les médecins conventionnés. L'absence de rémunération à la performance devient l'exception et nécessite un acte formel.

Tous les indicateurs ne sont pas opposables à tous les médecins. Les indicateurs relatifs à l'organisation des cabinets sont applicables à l'ensemble des médecins adhérant à la convention, en revanche, les indicateurs relatifs à la pratique clinique et à la santé publique et à l'efficience concerneront uniquement les médecins traitants dans l'attente d'une extension de ce mode de rémunération à toutes les spécialités par voie d'avenant conventionnel.

Articles 26.1 et 26.2 (pages 34 à 38)

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

- mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle ;
- mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.
Le médecin devra-t-il attester sur l'honneur qu'il utilise le logiciel ? Jusqu'où l'Assurance maladie ira-t-elle dans son contrôle ?
- mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices ;
- Affichage dans le cabinet et sur le site ameli.fr des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients.
L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

A aucun moment dans le texte de la convention, le nombre de points lié à cet indicateur n'apparaît variable. Il y a donc une ambiguïté et une incertitude sur cet indicateur. Qu'est-ce qui donne lieu à une rémunération ? L'information sur les horaires de consultation du médecin ou l'organisation de plages d'accès sans rendez-vous ? Ce serait là une immixtion contestable de l'assurance maladie dans l'organisation du médecin libéral.

De même, s'agissant de l'accessibilité des locaux, qu'est-ce qui donne lieu à rémunération ? La seule mention sur ameli.fr de l'accessibilité ou de la non accessibilité des locaux ? Ou les modalités d'organisation de mise en œuvre pour l'accessibilité ?

Il conviendrait de ne pas pénaliser des médecins souhaitant adapter leur cabinet mais s'opposant à des copropriétés rétives ou qui sont dans l'incapacité financière d'assurer le coût des travaux demandés.

- Elaboration à partir du dossier informatisé d'une synthèse annuelle comportant un calendrier de suivi et de coordination avec les autres professionnels de santé pour chaque patient.

Le médecin doit-il réaliser une synthèse médicale pour tous les patients qui l'ont choisi comme médecin traitant pour percevoir la rémunération conventionnelle ou seulement pour ceux pour qui cette synthèse présente un intérêt ?

Par ailleurs, quel justificatif en sera demandé ? L'Assurance maladie aurait-elle accès à ces documents. Ce n'est pas concevable.

A l'heure de la simplification administrative, il conviendrait que cet indicateur ne suscite pas d'obligations inutiles et déraisonnables.

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale (pages 36 à 38)

Ils tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé. Ils sont globalement similaires, tant en ce qui concerne les objectifs cibles que les seuils minimaux de clientèle ou de prescription de boîtes, à ceux définis par le CAPI.

Les objectifs intermédiaires ne sont cependant plus indiqués bien que l'article 26.4 précise qu'il en existera, pour chaque indicateur.

L'existence de seuils minimaux de clientèle crée une discrimination que le CNOM a déjà dénoncé.

Le CNOM sera extrêmement vigilant sur ce dispositif qui pourrait dériver sur des obligations de résultat et à une sélection de patientèle, même si on doit rappeler que les objections liées à la liberté de prescription émises sur le CAPI ont été levées par le Conseil d'Etat (7 avril 2011), qui a estimé que « *la souscription au contrat ne saurait avoir pour effet de dispenser le médecin du respect des règles qui s'imposent à lui en vertu des dispositions précitées ainsi que du code de déontologie médicale et notamment de celles qui, comme la liberté de prescription, ont été instituées dans l'intérêt des patients.* »

- Le CNOM estime qu'il n'appartient pas à la CNAMTS d'intervenir voire de définir un mode unique d'organisation et d'activité du cabinet ?
- Le Conseil national s'était opposé dans le cadre du CAPI au principe d'un intéressement financier du médecin aux résultats, au motif notamment que la relation de confiance entre le médecin et le patient risquait d'en être affectée. Les patients, en effet, peuvent de se demander si le médecin n'a pas agi en fonction

non de leur intérêt mais de l'intéressement. Le CNOM reçoit d'ailleurs des courriers de patients en ce sens.

Article 26.5.Suivi du dispositif (page 41)

La caisse doit fournir au médecin les données nécessaires au suivi de ses indicateurs. **Il doit s'agir de données suffisamment claires et détaillées pour permettre au médecin de comprendre en quoi il n'aurait pas atteint les objectifs définis. Certains pourraient être couverts par le secret médical et ne pourraient être communiqués que par le service médical.**

Les articles 27 à 28.3 comportent des mesures tarifaires à effet immédiats ou à venir.

Sous-Titre 4. Projet de secteur optionnel (page 53)

Un protocole d'accord tripartite entre les syndicats médicaux, l'UNCAM et l'UNOCAM, signé le 15 octobre 2009, a ouvert la voie à la création d'un secteur optionnel pour les chirurgiens anesthésistes réanimateurs et gynécologues obstétriciens.

L'UNOCAM a, par la suite, été invitée à participer aux négociations conventionnelles en application de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

Aux termes de celles-ci, l'UNCAM a dû adresser, pour signature, à l'UNOCAM le projet de convention ; l'UNOCAM dispose d'un délai d'un mois pour refuser de signer, en application de l'article D. 162-27 du code de la sécurité sociale.

Dans cette hypothèse, la négociation d'un avenant consacré à l'option conventionnelle est alors nécessaire et d'ailleurs expressément envisagée dans la présente convention.

Conditions d'adhésion au secteur optionnel (page 54)

Pourront adhérer au secteur optionnel :

- les médecins de secteur 2 ;
- les médecins de secteur 1 autorisés à pratiquer des dépassements permanents ;
- les médecins disposant des titres permettant d'accéder au secteur 2 mais qui ont opté pour le secteur 1 ;
- les médecins titulaires des titres permettant d'accéder au secteur 2 et qui s'installeront pour la première fois en libéral.

Engagements du praticien au secteur optionnel (page 54)

Le médecin s'engage :

- à réaliser au moins 30 % de ses actes aux tarifs conventionnés ;
- pour les 70 % des actes restants, à ne pas pratiquer des dépassements supérieurs à 50 % du tarif conventionné ;
- à remettre au patient une information détaillée préalable à l'intervention faisant apparaître le coût du séjour, des actes, les bases de remboursement et les compléments de rémunération demandés pour les honoraires des consultations et des actes techniques ;
- à réaliser un volume annuel d'actes suffisant pour assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins ;

Annexe XI : Lettre adressée à l'académie de médecine et sa réponse

ANDRIANTSEHENOHARINALA Lanja
11 avenue Julien Panchot
66000 Perpignan
email : lanja.andrian@gmail.com
tél : 0668914164

à l'Académie Nationale de Médecine
16 rue Bonaparte
75006 Paris

à Perpignan, le 18 octobre 2013,

Madame, Monsieur,

Je suis une interne en médecine générale à la faculté de Montpellier. Je suis dans la phase exploratoire d'un travail de thèse sur les médecins ayant refusé la nouvelle rémunération des libéraux, appelée ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique). Cette thèse est dirigée par le Dr Béatrice LOGNOS, MCA au DUMG de l'Université Montpellier. Elle est en dépôt sous le titre « Refus de la rémunération sur objectifs de santé publique/paiement à la performance : quels médecins ? quelles motivations ? ».

Je traite en première partie du dispositif, de ses racines, et des premières réactions et premiers résultats. Dans ce cadre, je souhaitais avoir éventuellement l'avis de l'Académie Nationale de Médecine sur ce dispositif, inscrit dans la convention signée le 26 juillet 2011 : avez-vous fait une communication sur ce sujet ? Etes-vous sur un projet d'avis après une année et après les premiers paiements ?

Dans l'espoir que vous pourrez accéder à ma requête, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Lanja ANDRIANTSEHENOHARINALA

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

16, RUE BONAPARTE - 75272 PARIS CEDEX 06

TÉL : 01 42 34 57 70 - FAX : 01 40 46 87 55

Paris, le 21 octobre 2013

Le Secrétaire perpétuel
RA/MB

Monsieur Lanja ANDRIANTSEHENO HARINALA
11 avenue Julien Panchot
66000 PERPIGNAN

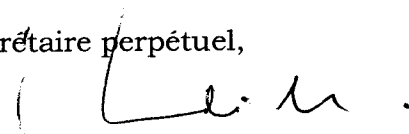
Dossier suivi par Martine Besmier
Tél : 01.42.34.57.74
Email : martine.besmier@academie-medecine.fr

Monsieur,

En réponse à votre lettre du 18 octobre 2013, je vous indique que l'Académie de médecine n'a jamais pris position sur le problème qui vous intéresse.

Je vous prie d'accepter, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Le Secrétaire perpétuel,



Professeur Raymond ARDAILLOU

Annexe XII : Lettre à l'UFC Que Choisir et sa réponse

ANDRIANTSEHENO HARINALA Lanja
11 avenue Julien Panchot
66000 Perpignan
email : lanja.andrian@gmail.com

à Union Fédérale des Consommateurs Que choisir
233 Boulevard Voltaire
75011 PARIS

Objet : demande d'informations – sujet Santé

A Perpignan, le 24 octobre 2013,

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale de la faculté de Montpellier. Je poursuis actuellement un travail de thèse, s'intitulant « Le refus de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/paiement à la performance : quels médecins généralistes ? quelles motivations ? ». Cette thèse est dirigée par Dr Béatrice LOGNOS, MCA au Département universitaire de médecine générale de l'université Montpellier 1.

Dans le cadre de cette thèse, et pour sa phase exploratoire, je me penche sur les origines de la mise en place de cette nouvelle rémunération des médecins généralistes. Par ailleurs, je fais, après une année de mise en place et après les premières primes (versées à partir de février-mars 2013), un tour d'horizon des premières réactions et positionnements.

Je souhaiterais savoir si l'UFC Que choisir :

- a reçu des avis, lettres de patients ou médecins concernant cette rémunération. Car dans ces dispositifs, l'avis des patients est rarement pris en compte.
- si l'UFC Que choisir ferait un bilan de ce dispositif, ou un sondage. Je ne cherche pas à connaître la teneur d'articles à venir, bien sûr. Simplement savoir si l'UFC Que choisir travaillait sur cette question.

Je peux vous faire parvenir la présentation de mon projet de thèse, comme il a été déposé auprès de nos référents universitaires à la faculté, si vous le souhaitez. J'espère pouvoir m'en entretenir avec vous ; et vous remercie de l'intérêt que vous pourrez porter à mon travail. Je trouverai dommage de me résoudre à écrire dans ma thèse vous avoir contacté en vain, si je n'avais pas de réponse de votre part.

Veillez recevoir, dans cette attente, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Andriantsehenoharinala Lanja



www.quechoisir.org

233, bd Voltaire
75011 PARIS

Tél. 01 43 48 55 48

Fax 01 43 48 44 35

Madame ANDRIANTSEHENO HARINALA Lanja
11 Avenue Julien Panchot
66000 PERPIGNAN

Paris, le mardi 29 octobre 2013

Réf. courrier : 99156/SL/SAPFHO

Madame,

Nous avons bien reçu votre courrier qui a retenu toute notre attention.

Notre Rédaction santé nous indique ne pas avoir réalisé d'enquête sur la rémunération sur objectifs des médecins (a priori seul un édito a été publié et un courrier de médecin).

Cependant aucune étude particulière n'est prévue pour le moment sur ce sujet.

Vous souhaitant une bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer, Madame, nos meilleures salutations.

Service Courrier des Lecteurs

Madame Soisick LEBELLE

UNION FÉDÉRALE DES CONSOMMATEURS-QUE CHOISIR

Association loi 1901 • SIRET 784 672 495 00073 • APE 9499 Z • TVA INTRACOMMUNAUTAIRE FR 60 784 672 495
Membre de Consumers International (C.I.) et du Bureau Européen des Unions de Consommateurs (B.E.U.C.)

Docteur Philippe MASSON
9 rue de Verdun
54700 PONT-À-MOUSSON

54.1.03066.4

Tél : 03.83.82.12.15
Fax : 03.45.44.04.65
dr.ph.masson@wanadoo.fr

Pont-à-Mousson, le 12 décembre 2011

Objet : Nouvelle convention médicale

R.A.R

Monsieur le Directeur
CPAM
9 boulevard Joffre
54007 NANCY cedex

Monsieur le Directeur,

Par la présente, ainsi qu'il m'en est donné la possibilité, je vous informe que je refuse la rémunération « à la performance » avec objectifs chiffrés, qui m'est proposé par la nouvelle convention médicale.

Je ne refuse nullement les objectifs de santé publique qui y sont inscrits.

Ces objectifs et l'ensemble des éléments qui en sont l'objet, relèvent, de toujours, de notre pratique quotidienne, de notre éthique et du code de déontologie médicale.

Je considère donc que je n'ai aucune raison d'être rémunéré aujourd'hui, pour la mise en œuvre d'obligations qui se sont, de toujours donc, imposées à moi.

Par ailleurs, je considère prendre en charge des malades et non des maladies, avec tout ce que comporte d'aléatoire l'humain qui ne saurait être ramené à de simples valeurs statistiques ou de simples données biomédicales.

Il ne saurait encore moins lui être attribué une quelconque valeur marchande ajoutée alors que c'est bien de cela dont il s'agit, au final, dans cette nouvelle convention.

Je vous prie d'agréer, **Monsieur le Directeur**, l'assurance de ma considération distinguée

Docteur Philippe MASSON



**l'Assurance
Maladie****ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE**

Délégué de l'assurance maladie

Contact ☎ 36 46

Chrystelle ARMANDI

V/Réf 04101308 - 7

Docteur GUILLEMETTE REVEYRON

10 R COLONEL PAYAN
TRAVERSE DE LA BARLETTE
04000 DIGNE LES BAINS

Date mardi 20 décembre 2011

Objet : rémunération complémentaire (article 26 de la convention médicale)

Docteur,

Par courrier du 15 décembre 2011, vous me faites part de votre souhait de ne pas adhérer à la rémunération complémentaire sur objectifs de santé publique.

J'ai pris note de votre refus et vous précise qu'à compter du 01 janvier 2012, date de l'entrée en vigueur de la rémunération complémentaire, vous ne bénéficierez pas de ce dispositif.

Par ailleurs, je vous informe qu'à ce jour, ces données ne doivent pas figurer sur le site ameli santé.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'expression de mes salutations distinguées.

Christelle Kissane
Directrice

PROJET DE THESE

Directrice de thèse Dr Béatrice LOGNOS (MCA au DMG de la Faculté de Montpellier UM1)

« Le refus de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et du paiement à la performance: quels médecins généralistes ? quelles motivations ? »

Problématique :

Les relations entre la sécurité sociale et les médecins généralistes ont pris encore un nouveau tournant avec l'introduction conventionnelle de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), entérinée par les institutions et des partenaires représentatifs le 26 juillet 2011 (publication JO du 25/09/2011). Elle se base sur le principe de « paiement à la performance », qui reprend l'anglicisme « pay for performance » (P4P), issu des nouveaux modes de management des entreprises.

L'introduction de cette ROSP en plus du paiement à l'acte séculaire rend donc la rémunération des médecins généralistes tributaire du nombre d'actes, de forfaitisations diverses issues des précédentes conventions et de cette prime. Elle fait suite chronologiquement et logiquement aux Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPIs). En effet en 2011, l'Assurance Maladie écrivait sur son site : « Le CAPI a été conçu en 2009 pour accompagner [les médecins] dans [leur] démarche d'amélioration de la qualité des soins. (...) Cette démarche va se poursuivre et être renforcée avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique prévue dans la nouvelle convention médicale. » (<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/le-capi/qu-est-ce-que-le-capi.php>). Ces CAPIs formaient un dispositif avec adhésion individuelle contractualisée entre l'Assurance Maladie et le médecin – mais sans le patient. Ils permettaient une rémunération en fonction du volume de la patientèle et de la progression de réalisation d'objectifs. Très décriés, ils ont recueillis entre 13000 et 15000 signatures .

Ces nouvelles formes de rémunération inaugurent donc la rétribution par prime des médecins, payée par l'organisme solidaire selon des critères qu'il impose.

Il a néanmoins été permis aux médecins qui le souhaitaient de signer la convention mais de refuser électivement la ROSP. Certains généralistes ont acté cette position et l'ont signifié auprès de leur CPAM par lettre en recommandé avec accusé de réception avant l'entrée en vigueur de la convention. Ils sont une minorité.

Ce geste interpelle, alors que selon les chiffres de l'Assurance Maladie 97% des médecins se sont conventionnés sans restriction. Pourquoi refuser un dispositif qui se réclame d' « objectifs de santé publique » ? Comment peut-on comprendre ce refus d'une « démarche d'amélioration de la qualité des soins », en situation de premier recours ?

La question de recherche :

Alors qui sont ces médecins généralistes ? Quelles sont leurs motivations au refus ? Que refusent-ils réellement dans ce dispositif ? Qu'est-ce-que cela dit de leur propre « démarche de qualité » ou de leurs « objectifs de santé publique » ? Qu'est-ce-que cela dit du système de soins en France ?

Des thèses antérieures et des études précédant la convention s'intéressaient aux ressentis, connaissances, attitudes des médecins généralistes face à ces nouvelles formes de rémunération (Kevin ROY « *le paiement à la performance (P4P) : quelle connaissance les médecins généralistes ont-ils du dispositif conventionnel et quel regard portent-ils sur ce*

nouveau mode de rémunération ? » 103p. Thèse : médecine : Montpellier 1 : 2012- Pressian PARASKEKOV « *le ressenti des médecins généralistes par rapport au paiement à la performance* » 100p. Thèse : médecine : Montpellier 1 : 2012). Une thèse actuelle pose la question des critères de la ROSP (" **La rémunération à la performance : quelle est la pertinence des indicateurs retenus** " par Magali FERRY, dirigée par Alain SIARY)

Des programmes d'évaluation scrutent en Angleterre l'état des lieux après 10 ans de rémunération à la performance (programme Quality and Outcomes Framework, instauré en 2004).

Mais cette possibilité de refus de la ROSP dans la convention est une spécificité française. Et le dernier carré que représentent ces médecins n'a pour l'instant pas été l'objet de thèmes d'étude.

Les objectifs :

Les objectifs sont donc :

- de décrire ces généralistes sur des points démographiques, de pratique, de prescription, d'organisation du travail etc
- de recueillir, d'analyser, et de comparer les motifs exprimés au refus du paiement à la performance et les systèmes explicatifs qu'ils recouvrent
- de recueillir leurs critères « d'amélioration de la qualité des soins »

Méthodologie :

Cette thèse est donc une étude qualitative. Elle comportera 2 temps :

- un temps descriptif basé sur un entretien dirigé avec questionnaire. Il permettra de préciser des aspects démographiques, de pratique, de prescription etc. Le questionnaire est sous forme électronique ou papier si besoin, adressé à tous les médecins ayant accepté de participer. Il sera analysé sous forme statistique.
- Un deuxième temps basé sur un entretien individuel téléphonique non directif, apparié avec le questionnaire. Cette forme permettra d'éviter les restrictions imposées par des questions fermées. Les entretiens sont menés jusqu'à saturation des données.

Conclusion et discussion :

Après le recueil et l'analyse, les hypothèses seront plus ou moins confirmées. La discussion permettra

- de poser la question du futur : la sécurité sociale continuera-t-elle à laisser le choix aux médecins généralistes de leur rémunération ? Quelles évolutions prévoir ?
- d'ouvrir des champs d'étude : quid des médecins ayant intégré après avoir renoncé au dispositif ? quid des médecins opposés n'ayant pas (pu) signifie(r) leur refus ?
- de questionner les informations et enseignements aux futurs installés, jeunes internes en médecine générale

IEC-Sartans	51 M€
Ostéoporotiques	11 M€
Anti-dépresseurs	10 M€
Antalgiques	30 M€
Anti-diabétiques	20 M€
Autres nouveaux thèmes (EPO, anti TNF...)	15 M€
TOTAL MEDICAMENTS	256 M€
Masso-kinésithérapie	50 M€
IJ	75 M€
Transports	90 M€
ALD	40 M€
Actes	30 M€
TOTAL	551 M€

Sous-titre 5

*Compléter la rémunération pour valoriser
la qualité des pratiques médicales et l'efficience*

Article 25

**Les trois piliers de la rémunération :
acte, forfait et objectifs de santé publique**

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. La diversification des modes de rémunération des médecins constitue un objectif majeur de la présente convention médicale. Les parties signataires souhaitent évoluer vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre, elles conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; dans l'attente de la mise en place de la CCAM clinique d'ici le 31 décembre 2012, des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique sont instituées ;
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives ;
- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

La présente convention renforce les incitations à la modernisation des cabinets médicaux, à l'utilisation des télé-services et à l'optimisation de l'accueil des patients.

Elle valorise dans ce cadre l'engagement des médecins dans la télétransmission des données de facturation qui constitue un service rendu aux patients et une simplification administrative pour les assurés.

Elle permet de reconnaître la mission de synthèse de la situation médicale des patients réalisée par le médecin traitant à partir des dossiers informatisés, en diversifiant la rémunération de ces médecins traitants de façon proportionnelle au nombre des patients qui les ont choisis.

La rémunération à la performance valorise de plus l'engagement des médecins traitants dans la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions.

Ces volets sont susceptibles de s'étendre aux autres spécialités concernées.

Article 26

Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles conclus sur la base de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel.

Les médecins qui adhèrent à la présente convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au *Journal officiel* de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés.

Ensuite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de cette rémunération complémentaire peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse.

L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf. article 26.2).

Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les médecins traitants. Afin de les mesurer, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du médecin de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les médecins traitants, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie à la date de mise en œuvre du dispositif. Elle est réévaluée chaque année à date anniversaire du début du dispositif. Dans l'attente de la mise à disposition du calcul des indicateurs sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire, les indicateurs sont calculés sur la patientèle du régime général.

Ce nouveau mode de rémunération des médecins valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient a vocation à s'appliquer dans un premier temps aux médecins traitants, puis à s'étendre à toutes les spécialités par avenants à la présente convention afin de prendre en compte la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques et d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus ainsi que les modalités de calcul.

Il est donc indispensable d'engager préalablement une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul.

Les partenaires s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

Article 26.1

La valorisation de la qualité des pratiques

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.

Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- l'organisation du cabinet et la qualité de service ;
- la qualité de la pratique médicale.

L'organisation du cabinet et la qualité de service :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les indicateurs mesurent l'utilisation de l'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des technologies de l'information et de communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les téléservices et à des fins médicales.

Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La qualité de la pratique médicale :

Les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuse.

Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé ainsi que les recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.

La révision des indicateurs peut faire l'objet d'avenants à la présente convention afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science. A ce titre, d'autres indicateurs pourront être adoptés par avenants à la présente convention.

Article 26.2

Le fonctionnement du dispositif

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

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

CHAMPS	INDICATEURS
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié (*)
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli (**) des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients
(*) Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP. (**) Dès lors que le service sur ameli sera opérationnel.	

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale

THÈMES	SOUS-THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS cibles	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 65 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	≥ 80 %	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	≥ 75 %	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	≥ 65 %	10 patients
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	≥ 60 %	20 patients
La prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	≥ 75 %	20 patients
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	≥ 80 %	20 patients
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	≥ 5 %	20 patients

THÈMES	SOUS-THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS cibles	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	≥ 5 %	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	≥ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	≥ 80 %	20 patientes
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	≥ 37 %	20 patients
L'efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 90 %	40 boîtes
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 85 %	35 boîtes
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	≥ 70 %	30 boîtes
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	30 boîtes
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 80 %	30 boîtes
	IEC	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	50 boîtes
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaire	≥ 85 %	10 patients

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1^{er} janvier 2012. Les rémunérations afférentes sont calculées par année glissante.

Article 26.3

Le contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1 300 points, valorisés de la manière suivante :

Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

THÈME	INDICATEURS	NOMBRE DE POINTS
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50

THÈME	INDICATEURS	NOMBRE DE POINTS
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5 %	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250
Indicateurs de prévention et de santé publique et prévention	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'antibiotique	60
	Prescriptions dans le répertoire d'inhibiteurs de la pompe à protons	60

THÈME	INDICATEURS	NOMBRE DE POINTS
	Prescriptions dans le répertoire de statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

La valeur du point est fixée à 7 €.

Afin de prendre en compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Ainsi, pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients et qui obtient, pour chaque indicateur, un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1 300 points, soit une rémunération par patient de 11,4 €.

Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies en annexe XVII.

Par ailleurs, elles conviennent d'examiner la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles.

Les médecins adhérant à la présente convention mettent, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition des praticiens-conseils de l'assurance maladie.

Des objectifs de santé publique concernant la patientèle de moins de 16 ans (par exemple la tenue du calendrier vaccinal) pourraient être définis dans une prochaine étape.

Les parties signataires s'engagent à mettre en place par voie d'avenant une rémunération à la performance pour d'autres spécialités médicales dont l'exercice et les indicateurs le justifient, notamment pour les cardiologues, les endocrinologues, les gastro-entérologues et les pédiatres. Le premier avenant devrait intervenir avant le 31 décembre 2011.

Article 26.4

Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé.

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale, à savoir le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. Pour les médecins généralistes, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0) ;
 - l'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur ;
 - l'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins.
- Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées en annexe XVII.

Article 26.5

Le suivi du dispositif

Suivi du dispositif :

Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération à la performance.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

Suivi individuel du médecin :

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

Article 27

**Favoriser les activités cliniques
dans le cadre de la politique de santé publique**

Parallèlement à la mise en place de ce nouveau mode de rémunération à la performance, les parties signataires conviennent de favoriser le développement de certaines activités pour les spécialités cliniques et techniques.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 27.1

*Soutenir la priorité de santé publique
en matière de prévention et de dépistage*

En matière de cancers cutanés, et notamment du mélanome, il est observé une augmentation régulière du taux d'incidence. Dans son rapport de 2006, la HAS évalue à 2,8 millions le nombre de sujets à risque de mélanome.

Dans ce cadre, les parties signataires estiment que le développement des actions de dépistage doit être privilégié. Elles souhaitent la mise en œuvre d'une consultation spécifique pour ce dépistage réalisé par les dermatologues valorisée à hauteur de 2C. Cette consultation s'adresserait aux patients relevant des critères définis dans le rapport de la HAS.

De plus, la biopsie cutanée est un acte diagnostique important en pratique dermatologique. Son tarif est inférieur à celui de la consultation.

Afin de développer cette pratique, d'en permettre une meilleure traçabilité, les parties signataires suggèrent de permettre le cumul dans certaines conditions de la facturation de la biopsie avec l'acte de consultation.

Enfin, le traitement de première intention des noevi, des tumeurs cliniquement suspectes de malignité ou malignes est l'exérèse cutanée. Cette activité chirurgicale d'exérèse de lésion cutanée est très fréquente, et majoritairement réalisée en cabinet de ville sous anesthésie locale. Suite au rapport de la HAS de juillet 2007, un forfait sécurité dermatologie (FSD) a été créé à la liste des actes et prestations pour valoriser l'environnement technique nécessaire à la pratique de ces actes réalisés hors hospitalisation. Les signataires proposent de revaloriser le forfait FSD à hauteur de 40 € et de l'étendre aux lésions sous-cutanées et aux kystes sans cumul possible avec le SE2.

La prévention du cancer du col de l'utérus relève de la réalisation régulière de frottis cervico-vaginaux. A ce titre, et compte tenu des inégalités constatées en matière d'accès à la prévention, il apparaît important de favoriser la généralisation de son dépistage selon les recommandations de la HAS.

Afin d'évaluer la diffusion de ce type de dépistage dans la population éligible et de mesurer l'atteinte des objectifs fixés dans la loi de santé publique, il est nécessaire d'en assurer la traçabilité.

A cette fin, les parties signataires suggèrent que soit donnée la possibilité à l'ensemble des médecins de coter l'acte technique lorsqu'il est réalisé au décours d'une consultation afin de favoriser ce dépistage et d'assurer le suivi de cet indicateur de santé publique.

Afin de mieux prévenir les pathologies de l'enfance et d'assurer un meilleur suivi, les parties signataires estiment nécessaire d'harmoniser la valorisation de l'ensemble des consultations obligatoires devant donner lieu à l'établissement d'un certificat et qui sont prévues au huitième jour, au cours du neuvième mois et au cours du vingt-quatrième mois par l'article R. 2132-2 du code de santé publique. Elles constatent que ces trois consultations longues et complexes correspondent à un travail médical équivalent. La valeur de la majoration pour l'examen médical obligatoire du nourrisson dans les huit jours suivant la naissance pour le pédiatre (MBB) est majorée de 2 €.

Article 6.1

Champ d'application

Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :
 - soit égale à une journée entière, entendue comme sept heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
 - soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN-FPC.

L'indemnisation concerne également les médecins libéraux conventionnés intervenant en tant que formateurs (organisateurs, animateurs, experts) sur toute la durée du séminaire. Les médecins libéraux intervenant au titre d'experts à une formation agréée FPC sont indemnisés au prorata de leur temps d'intervention, sans que cette durée ne soit inférieure à une demi-journée de temps de présence effectif.

Article 6.2

Montant de l'indemnité pour perte de ressources

Le montant de l'indemnité quotidienne pour perte de ressources est fixé à quinze fois la valeur de la consultation de base du médecin (C ou CS pour les médecins généralistes, CS pour les médecins spécialistes). Le montant total de l'indemnisation versée à un médecin ne peut excéder huit journées par an.

Article 6.3

Modalités de versement de l'indemnité de formation

Les indemnités pour perte de ressources sont versées par l'OGC à chaque médecin au vu d'un justificatif, émis en double exemplaire par l'organisme de formation, et comportant les informations suivantes :

- l'identification du praticien ;
- le thème, les lieu et dates de l'action et l'attestation de son agrément dans les conditions visées ci-dessus ;
- la durée de l'action ;
- l'attestation de la participation effective du médecin à l'action de formation.

Le médecin participant adresse à l'OGC un exemplaire du justificatif et conserve l'autre.

ANNEXE XVII

RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

Article 1^{er}*Modalités de déclenchement des indicateurs
d'organisation du cabinet et de qualité de service*

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.

En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché selon les conditions préalables suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;

– atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

Article 2

Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficacité, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0) ;
- l'objectif intermédiaire est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins ;
- l'objectif cible fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur.

2.1. Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateurs est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50 \% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50 \% + 50 \% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, aux benzodiazépines et aux antibiotiques dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

2.2. Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

$$20 \times 25 \% = 5 \text{ points}$$

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

2.3. Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant. Afin de prendre en compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle/800) x valeur du point.

2.4. Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir le médecin s'installant pour la première fois, celui-ci bénéficie de la rémunération à la performance selon les conditions particulières décrites ci-après.

Pendant les trois premières années suivant son installation, et pour les indicateurs relevant de la qualité de la pratique médicale, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

Article 3

Pour les médecins adhérant au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale

La rémunération relative au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale et la rémunération à la performance sont déterminées indépendamment l'une de l'autre.

Pour un médecin ayant adhéré au contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, les modalités de ce contrat et de sa rémunération restent applicables dans les termes définis dans celui-ci jusqu'à son échéance. Ce médecin obtient, comme précédemment, sa rémunération issue du contrat défini à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale à la date anniversaire sur la base des résultats obtenus dans le cadre dudit contrat.

Par ailleurs, le médecin bénéficie également de la rémunération à la performance dans le cadre de la présente convention.

A N N E X E X V I I I

OPTION DE COORDINATION - FORMULAIRE D'ADHÉSION

Adhésion à l'option de coordination

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin

« Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

N° d'identification :

Secteur conventionnel : DP Secteur 2

Adresse du lieu d'exercice principal :

déclare adhérer à l'option de coordination et m'engage à en respecter les dispositions, prévues aux articles 36 et suivants de la convention nationale des médecins libéraux de XX/XX/2011. »

Cachet du médecin Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif :

Cachet de la caisse Date

ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES

Sexe	Nb. cit.	Fréq.
Femme	13	31,0%
Homme	29	69,0%
TOTAL OBS.	42	100%

Parcours entrecoupé	Nb. cit.	Fréq.
Oui	5	11,9%
Non	37	88,1%
TOTAL OBS.	42	100%

Autre métier	Nb. cit.	Fréq.
Oui	8	19,0%
Non	34	81,0%
TOTAL OBS.	42	100%

Age	Nb. cit.	Fréq.
Moins de 30	1	2,4%
De 30 à 35	5	11,9%
De 35 à 40	1	2,4%
De 40 à 45	4	9,5%
De 45 à 50	2	4,8%
De 50 à 55	5	11,9%
De 55 à 60	13	31,0%
De 60 à 65	8	19,0%
65 et plus	3	7,1%
TOTAL OBS.	42	100%

ASPECTS DE PRATIQUE

Cabinet	Nb. cit.	Fréq.
Groupe	29	69,0%
Individuel	12	28,6%
Centre de santé	1	2,4%
TOTAL OBS.	42	100%

Informatisation	Nb. cit.	Fréq.
Oui	38	90,5%
Non	4	9,5%
TOTAL OBS.	42	100%

Importance de l'informatisation	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Inexistant	1	2,4%
Moyennement présent	10	23,8%
Peu présent	4	9,5%
Très présent	26	61,9%
TOTAL OBS.	42	100%

AUTRE ACTIVITÉ

Activité hospitalière	Nb. cit.	Fréq.
Oui	2	4,8%
Non	40	95,2%
TOTAL OBS.	42	100%

Activité non hospitalière	Nb. cit.	Fréq.
Oui	11	26,2%
Non	31	73,8%
TOTAL OBS.	42	100%

Activité syndicale	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Oui	9	21,4%
Non	32	76,2%
TOTAL OBS.	42	100%

Activité institutionnelle	Nb. cit.	Fréq.
Oui	7	16,7%
Non	35	83,3%
TOTAL OBS.	42	100%

Engagement militant	Nb. cit.	Fréq.
Oui	24	57,1%
Non	18	42,9%
TOTAL OBS.	42	100%

ITEMS LIÉS AUX PATIENTS

Durée de consultation (mn)	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Moins de 15	2	4,8%
De 15 à 20	15	35,7%
De 20 à 25	18	42,9%
De 25 à 30	3	7,1%
De 30 à 35	2	4,8%
35 et plus	1	2,4%
TOTAL OBS.	42	100%

Tiers payant	Nb. cit.	Fréq.
Non	4	9,5%
Oui toujours	7	16,7%
Oui, parfois	31	73,8%
TOTAL OBS.	42	100%

Spécificité de pratique	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	4,8%
Oui	15	35,7%
Non	25	59,5%
TOTAL OBS.	42	100%

ITEMS LIÉS À LA PRESCRIPTION

Relations avec ind. pharma.	Nb. cit.	Fréq.
Inexistantes	23	54,8%
Minimes	13	31,0%
Soutenues	6	14,3%
Omniprésentes	0	0,0%
TOTAL OBS.	42	100%

Référentiel de prescription	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Oui	17	40,5%
Non	24	57,1%
TOTAL OBS.	42	100%

Prescriptions des spécialistes	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	2	4,8%
Rarement	9	21,4%
Parfois	21	50,0%
Souvent	9	21,4%
Toujours	1	2,4%
TOTAL OBS.	42	100%

FORMATION / PÉDAGOGIE

Formation compl. médicale	Nb. cit.	Fréq.
Oui	25	59,5%
Non	17	40,5%
TOTAL OBS.	42	100%

Participation au DUMG	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Oui	17	40,5%
Non	24	57,1%
TOTAL OBS.	42	100%

Supports de FMC	Nb. cit.	Fréq.
Revue médicale	23	35,4%
Forums médicaux	10	15,4%
Groupe de FMC	22	33,8%
Groupe qualité	3	4,6%
Autres	7	10,8%
TOTAL CIT.	65	100%

Rédaction de Blogs, livres, articles	Nb. cit.	Fréq.
Oui	8	19,0%
Non	34	81,0%
TOTAL OBS	42	100%

ITEMS RELATIFS AUX RELATIONS AVEC LA SÉCURITÉ SOCIALE

Signature du CAPI	Nb. cit.	Fréq.
Oui	0	0,0%
Non	42	100%
TOTAL OBS.	42	100%

Signature de l'OMR	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
Oui	11	26,2%
Non	30	71,4%
TOTAL OBS.	42	100%

Relations avec la CPAM	Nb. cit.	Fréq.
0	9	21,4%
1	26	61,9%
2	6	14,3%
3	1	2,4%
TOTAL OBS.	42	100%

Utilisation du site Ameli	Nb. cit.	Fréq.
Non	13	31,0%
Oui régulièrement	7	16,7%
Oui, parfois	22	52,4%
TOTAL OBS.	42	100%

ITEMS RELATIFS AU P4P ET AU SYSTÈME DE SOINS

Connaissance du P4P	Nb. cit.	Fréq.
Non réponse	1	2,4%
0	1	2,4%
1	6	14,3%
2	17	40,5%
3	17	40,5%
TOTAL OBS.	42	100%

Confiance en l'état	Nb. cit.	Fréq.
Aucune	14	33,3%
Faible	23	54,8%
Moyenne	5	11,9%
Grande	0	0,0%
TOTAL OBS.	42	100%

Confiance en l'AM	Nb. cit.	Fréq.
Aucune	18	42,9%
Faible	22	52,4%
Moyenne	2	4,8%
Grande	0	0,0%
TOTAL OBS.	42	100%

Communiqué de synthèse

Des résultats qui montrent la mobilisation des médecins et de l'Assurance Maladie en faveur de la qualité des soins

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴ Affection de longue durée.

⁵ Généralistes et MEP.

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

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

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

⁶ Sur les disparités territoriales en particulier cf. [ANNEXES 3, 4 et 5](#).

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

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

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

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

L'organisation du cabinet et la qualité de service

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

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

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

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

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

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

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

Qualité de la pratique médicale

Suivi des pathologies chroniques

Sur ce volet, les médecins traitants ont réalisé des **progrès significatifs**, avec la quasi-totalité des indicateurs en hausse sur cet axe, ce qui laisse espérer l'atteinte des objectifs cibles dans des délais raisonnables⁷.

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

⁷ Cf. ANNEXE 2 p 17.

supplémentaires qui auront pu bénéficier du suivi recommandé dans ce domaine, au sein de la patientèle des médecins traitants. Cette progression doit se poursuivre à ce niveau si l'on veut atteindre l'objectif cible fixé à 65%.

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

Le département qui a le taux le plus faible sur l'item du dosage de l'hémoglobine glyquée se situe à 28%, il s'agit de la Guyane (et Paris pour la France métropolitaine, avec 38%). Celui qui présente le taux le plus élevé est le département de la Loire avec 63%⁸.

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

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

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

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

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

⁸ Cf. ANNEXE 3.

Prévention

Sur ce volet, les évolutions sont contrastées⁹. **Les améliorations les plus importantes concernent la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse**, qui ont un coût humain et économique élevé, responsables de nombreuses hospitalisations chaque année.

Ces risques de iatrogénie médicamenteuse ont diminué sur la période, tout particulièrement **du côté des vasodilatateurs dont le taux de prescription a baissé très significativement de 33% en un an** (sous l'effet conjugué d'une diminution de leur prescription et du déremboursement de la majorité des vasodilatateurs en raison d'un SMR¹⁰ jugé insuffisant) Ceci représente, en valeur absolue, 340 000 patients de plus de 65 ans qui ont cessé de consommer des vasodilatateurs au cours de l'année écoulée. On compte aujourd'hui **7% seulement de patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs**, soit la quasi-atteinte de l'objectif cible fixé à 5%.

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

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

On constate traditionnellement une prescription d'antibiotiques très élevée dans le Nord et le Limousin. Par ailleurs, le département qui a le plus diminué ses prescriptions d'antibiotiques est la Corse du Sud qui se situe à -9% tandis que celui qui présente le taux le plus élevé est la Guyane (+12%). En France métropolitaine, le département avec l'évolution la plus élevée est la Haute-Marne avec +2%¹¹.

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

Quelques éclairages sur les disparités géographiques

Le département qui a le plus diminué ses prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue (pour les patients de plus de 65 ans) est la Seine-Maritime. Cette diminution est de l'ordre de -18%. Celui qui présente le taux le plus élevé est la Guyane avec -2%¹². En France métropolitaine, le département présentant la diminution la moins élevée est l'Aveyron avec -5%¹².

En revanche, la part des patients ayant débuté **un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines** a évolué négativement au cours de la première année de ROSP. Elle est désormais de 16%, ce qui représente une hausse de 6%

⁹ Cf. ANNEXE 2 p 18.

¹⁰ Service médical rendu.

¹¹ Cf. ANNEXE 5.

¹² Cf. ANNEXE 4.

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

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

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

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

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

Optimisation des prescriptions / Efficience

Les résultats obtenus dans ce domaine par les médecins concernés sont plutôt **satisfaisants**. Le respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé a ainsi progressé¹³.

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

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

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

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

¹³ Cf. ANNEXE 2 p 19.

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

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

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

II - Une rémunération qui reflète l'amélioration des pratiques

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

Comment est calculée la rémunération des médecins ?

La ROSP obéit au principe général suivant :

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

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

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

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

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

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

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

Et sur le plan macroéconomique ?

L'ensemble de la rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute de **282 millions d'euros au titre de 2012, intégralement provisionnée dans l'ONDAM pour cette même année, à laquelle il convient de retrancher 35 M€ d'économies liées à la suppression des anciennes aides à la télétransmission.**

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

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

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

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

Nom	Raison du refus
M1	<ul style="list-style-type: none"> - C'est celui qui paye les violons qui choisi la musique et la confiance dans le payeur est impossible en raison des expériences passées. - Une profession libérale se doit d'être honorée et c'est la condition de sa reconnaissance par les politiques et les patients, sinon elle n'est plus honorable. - Les référentiels choisis sont critiquables - Et en tout cas non prioritaires.
M2	<ul style="list-style-type: none"> - Suite logique de la coordination 29 dans laquelle je me suis investie. - Alertée par Dr Coroller sur les vices de cette option glissée dans la convention. - Pas équipée en logiciel adéquat - Déontologie
M3	<p>1/ certains indicateurs sont médicalement injustifiés</p> <p>2/ pour les indicateurs qui sont médicalement justifiés, ça m'embête d'être payée sur un objectif que je vais de toute façon essayer d'atteindre puisque c'est mon boulot!</p> <p>3/ je ne reçois pas les visiteurs médicaux et j'essaye de me former de façon indépendante, ce n'est pas pour me retrouver avec des conflits d'intérêts avec la prime à la performance</p> <p>4/ sensation de signer un chèque en blanc si je l'acceptais, vu que la dénonciation de la convention n'était a priori pas possible plus tard.</p>
M4	<p>L'objectif premier de l'assurance maladie : faire des économies</p> <p>Dans leur esprit nous sommes déjà leur salarié , mais aux horaires élastiques</p> <p>Il est donc inutile de leur fournir des chaines supplémentaires</p>
M5	<p>Un certain nombre d'objectifs ne sont pas synonyme d'amélioration de la qualité de vie ou d'une meilleure santé pour les patients</p> <p>Les médecins ne devraient pas avoir besoin d'une "prime" pour faire correctement leur métier selon les dernières recommandations adaptées à chaque patient (EBM)</p>

M6	<p>je ne veux pas que mon intérêt puisse être différent de celui de mon patient</p> <p>c est axé sur des raisons financières qui ne me concernent pas je ne choisi pas le prix des médicaments le coût des examens nécessaires</p> <p>je n ai pas confiance en la caisse qui de ne respecte jamais ses engagements</p>
M7	<p>Parce que je ne suis absolument pas d'accord avec leur items , qui ne correspondent à rien et qui sont FAUX ...exemple : l'item de la vaccination contre la grippe : cette vaccination nous échappe, c'est le problème de l'IDE et du pharmacien .. ; et moi je vais avoir une prime sur quelque chose où je suis mise à l'écart complètement ??</p>
M8	<p>1 par cohérence entre ma conception de mon métier et mes actes</p> <p>2 par incohérence de certains objectifs non validés voir dangereux ex : se fixer sur le nombre d'hba1c effectué par an et sur le résultat c'est délétère chez nos personnes âgées quand il est trop bas. Rien n'est prouvé dans la fréquence des hba1c . Autrement dit on sait que baisser trop l'hba1c chez les personnes âgées les fait plus mourrir : c'est gênant : non ?</p> <p>3 la forme : l'hypocrisie d'être soit payé sur des éléments déclaratifs soit sur un système de relevé informatique qui a fait la preuve régulièrement de ses erreurs.</p> <p>Le choix des objectifs est décidé par la secu me semble t il et non pas de manière indépendante.</p> <p>4 par vision scientifique : aucune rémunération sur objectifs n'a fait la preuve de son efficacité : il me semble que les anglais font marche arrière.</p>
M9	<ul style="list-style-type: none"> - Elle est antidéontologique - Les objectifs n'améliorent pas la qualité des soins - Le côté option obligatoire qui ne permet pas d'en sortir sauf en se déconventionnant -Je ne voulais pas être démarchée régulièrement par les dams pour m'entendre dire: faites quelques FSE de plus et vous serez indemnisée, docteur relancez vos patientes car votre pourcentage de mammo est au dessous du seuil ... <p>Bref si je résume cette dernière raison : Une assurance maladie juge et partie .</p>

M10	<p>-On exerce notre art avec les données les plus récentes validées de la Science, donc en améliorant sans cesse nos connaissances et notre pratique(rôle de la FMC), en tenant compte en premier lieu de l'amélioration de la Santé de notre patient, et en pesant la balance bénéfice-risque (primum non nocere), sans se laisser influencer par les directives d'un tiers (rôle de la FMC INDEPENDANTE), tout en nous efforçant, pour avoir le même résultat, d'utiliser, à efficacité égale, la thérapeutique la moins coûteuse. La CPAM n'est ni compétente ni pertinente pour cet objectif, d'autant qu'une récente synthèse Cochrane a pu montrer que le paiement à la performance (P4P) n'améliorait pas la qualité des soins...</p> <p>-Je n'ai que faire de l'aumone de la Sécu</p>
M11	<p>Je suis favorable à des objectifs de santé correctement ciblés en accord avec les données de la Sciences, je suis d'accord pour une rémunération complémentaire à l'acte et au forfait mais elle doit être indépendante des caisses.</p>
M12	<p>1- Je suis adhérent au FORMINEP depuis plusieurs années, sans participer activement au forum. Ce sujet a été débattu activement sur le forum. Je ne reçois pas les visiteurs médicaux et je ne participe à aucune soirée financée par les labos.</p> <p>Il me paraissait important de maintenir cette indépendance. Cette rémunération sur objectifs me paraît contraire au respect de mes patients (devoir d'information sur les mammographies, respect du refus des examens ou de certaines prescriptions)</p> <p>2- l'incitation à l'informatisation est catastrophique. Le système carte vitale CPS est obsolète. L'ajout de fonctionnalités au logiciel les rend instable, lourd (http://comparatif-logiciels-médicaux.fr/). Les éditeurs se ne sont pas trompant en vantant les avantages des logiciels agréés sans bénéfice pour le prescripteur.</p>
M13	<p>les objectifs retenus me semblent être de "maîtrise des dépenses" beaucoup plus que d'amélioration de la qualité des soins.</p> <p>J'estime pouvoir juger moi-même ce qui est nécessaire ou utile à mes patients sans logique comptable.</p>
M14	<p>Impensable de recevoir une contre partie financière en fonction des desideratas des organismes payeurs</p>
M15	<p>Non respect de la déontologie : un médecin ne peut pas être payé à la performance</p> <p>Caporalisation des patients par leur médecin traitant</p> <p>Perte de la liberté de prescription avec conservation,pour le médecin,de la responsabilité juridique de la prescription " recommandée".</p>

M16	Ethique, santé publique, conflits d'intérêts, discrimination dans le soin
M17	<p>la notion de prime à la performance me révolte d'autant que c'est le même organisme qui fixe les règles, propose les indicateurs et surtout les évalue.</p> <p>Notre performance est corrélée à la performance des patients, nous sommes sanctionnés si les patients sont des mauvais malades par exemple ce n'est pas parce que j'aurai prescrit le bon nombre de fois l'hémoglobine glyquée que le patient les réalisera .Cela pourrait à terme entrainer un choix de nos patients.</p> <p>Les patientèles étant différentes pour chacun d'entre nous, les critères choisis peuvent en pénaliser quelques uns par exemple ceux comme moi qui reçoivent beaucoup de problèmes psychiatriques.</p> <p>Pour gagner encore plus d'argent, je devrais me polariser sur les objectifs et non plus le bien-être des patients</p>
M18	<p>Cette prime à la performance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> repose sur des indicateurs, dont certains sont médicalement contestables, et n'est en aucun cas garant de l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles, - <input type="checkbox"/> est fondée sur des statistiques de l'Assurance maladie qui ont déjà montré leurs inexactitudes et n'ont aucune garantie de fiabilité, - <input type="checkbox"/> individualise les rapports entre les médecins et l'Assurance maladie et créera une souffrance chez les médecins mis en compétition les uns avec les autres, - <input type="checkbox"/> préfigure ce qui pourrait advenir : de futures contractualisations individuelles entre médecins et complémentaires santé avec un risque de démantèlement du système solidaire de l'Assurance maladie.
M19	<ul style="list-style-type: none"> - absence de données fiables sur le choix des objectifs proposés (qui a participé aux discussions, sur quelles références s'appuient ces choix?) - désaccord sur des objectifs qui visent la gestion économique des soins avec " la maîtrise dite médicalisée des dépenses de santé" au détriment de l'amélioration des soins - désaccord sur des objectifs de prévention qui soutiennent des actions de santé publique (tel le dépistage du caner du sein ou la prescription sans discernement dans le DNID) sur des critères non conformes aux exigences scientifiques. - quid de l'évaluation?

M20	<p>Indépendance Outil d'asservissement Intérêts économiques semblent prédominant plutôt que l'intérêt des citoyens patients Refus d'un tiers dans la relation médecin patient Critères non fondés sur des niveaux de preuves suffisants La démarche démontre un manque de confiance envers le médecin Risque de dérive vers obligation, opposabilité Echecs de ces modèles à l'étranger Aucune confiance au directeur de la caisse nationale d'assurance maladie -pour un problème éthique</p>
M21	<p>-désaccord sur les objectifs(dépistage par mammographie) -confère l'article de Philippe FOUCRAS sur le sujet dans la revue PRESCRIRE</p>
M22	<p>- Pour l'essentiel une question de dignité. Accepter une gratification, un pourliche d'une institution dont je sais combien elle méprise, humilie, maltraite, les généralistes n'est pas pensable. - Ce type de rémunération suppose une conception du médecin qui n'est pas acceptable. Celle d'un médecin besogneux, pas trop exigeant mais qui, si on lui fait miroiter la perspective d'un petit bakchich, va se défoncer pour obtenir sa petite gratification. Le code de déontologie précise que "le médecin doit en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensable à l'exercice de la médecine" (article 3) et que "le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit" (article 5). Ces dispositions contreviennent au Code de Déontologie. - Refuser le foutage de gueule que constitue cette mesure. En effet, si l'on raisonne en terme de performance, en évaluant le ratio rémunération / temps de travail affecté de divers coefficients tels que niveau d'étude, niveau de responsabilité, service rendu à la collectivité, risque médico-légal, si l'on compare donc ce ratio à celui d'autres professions de même niveau d'étude et de responsabilité, par exemple médecin conseil, ... on constatera cor - Conserver une prescription sereine, libre, dénuée de toute allégeance à l'égard des caisses. Par exemple pour ce qui concerne les génériques. - Aussi / surtout refuser la mise en place d'un diabolique système d'évaluation / contrôle, qui progressivement se met en place à l'insu des principaux</p>
M23	<p>Choix des critères de rémunération élaborés à partir de données biaisées Conflit d'intérêt entre le médecin et la caisse</p>

M24	<p>-positionnement "éthique" sur la rémunération à la "performance", c'est à dire au chiffre, par ailleurs avec des critères discutables (cf par exemple le débat qui s'amorce sur la mammographie de dépistage)</p> <p>-risque insidieux de fabriquer des "bons patients" qui permettent de gagner des points et des "mauvais patients" qui en font perdre</p> <p>- désavantage des médecins travaillant en zone difficile avec des patients moins "compliants" pour des facteurs culturels ou socio-économiques.</p> <p>- situations aberrantes qui poussent à multiplier les prescriptions : par exemple, un patient diabétique a fait une HBA1c lors d'une hospitalisation, celle-ci n'est pas comptabilisée, le MG qui ne veut pas perdre de point sera amené à la represcrire...</p>
M25	<p>L'examen et la lecture attentive des différents Item était conforme à ma pratique professionnelle; j'avais par contre l'impression d'y arriver avec beaucoup moins de moyens que ceux préconisés. en effet on nous demandait trop souvent d'avoir recours aux spécialiste et aux examens paracliniques.</p> <p>Vouloir réaliser un objectif en en se basant sur un % à atteindre est un non sens dans mon éthique professionnelle.</p> <p>les objectifs nationaux ne peuvent pas être les mêmes dans ma region et encore moins dans ma commune .</p> <p>au médecin et au patient de définir ensembles leurs objectifs; et le moyens pour les réaliser ne peuvent pas être les mêmes.</p> <p>Les pathologies d'une patientèle sont à prendre en compte individuellement, pour chaque individu il faudra adapter sa pratique. En choisissant la remuneration sur objectif on peut être amené à améliorer une performance globale en s'occupant de patients faciles, et ce, sans se soucier de patients complexes.</p>

M26	<p>vous avez les réponses dans le courrier que je vous ai transmis, adressé à l'époque à la CPAM.</p> <p>En résumé, le principal reproche que je fais au P4P est qu'il ressemble à un jeu de dupes, puisque la Caisse reste seule juge et partie, sans procédure contradictoire en cas de contestation sur la ROSP, tout en influençant, même inconsciemment, le prescripteur.</p> <p>Par contre je ne suis plus opposé au volet "Organisation du Cabinet"</p>
M27	<p>1) pertinence médiocre de certains items</p> <p>2) absence de confiance envers les caisses pour "comptabiliser" les résultats</p> <p>3) craintes sur la montée en charge des obligations</p> <p>4) conditions inacceptables du mode d'entrée : on est inscrit d'office et pour refuser il faut une LR</p>
M28	<p>Les critères ne sont pas tous pertinents (je n'approfondis pas ici ce qui me dérange) et ne reflètent aucunement la bonne pratique morale du médecin. J'estime essayer de faire correctement mon travail en y mettant beaucoup de cœur, du temps avec les patients qui en ont vraiment besoin.</p> <p>Aucun critères de la caisse ne récompense cela, au contraire, dernière installée il y a 7 ans, la majorité des patients avaient déjà signé avec mes confrères et je n'ai pas voulu faire les démarches adéquates pour être reconnue comme médecin traitant officiel, trouvant ça quelque peu mercantile.</p> <p>Résultat mes confrères touchent les rémunérations concernant maintenant suivi des patients par an; Le Département Réunion pratique le tiers payant et la caisse nous retire à nous les médecins au lieu du patient les 10 euros si le patient n'a pas signé le médecin traitant (or nous ne sommes pas toujours informés par les caisses des listes officielles)</p> <p>Je pense que pour l'instant la caisse te paye mais que plus tard si tu n'atteins pas objectifs, elle te taxera.</p> <p>Faut-il avoir besoin de carottes pour exercer son métier? pour les tripes, oui.</p>
M29	<p>L'indépendance nécessite le paiement par le patient, sauf CMU, sinon conflit d'intérêt évident avec le payeur</p> <p>garantie vis à vis de la relation médecin-patient, sinon doute évident</p> <p>honte à la catimini de l'adhésion. On ne m'achète pas.</p>

M30	1/Antinomie entre le statut de libéral et de telles pratiques 2/Perte de Crédibilité (voire de légitimité) aux yeux des patients 3/Perte d'indépendance et atteinte grave à la fonction de médecin traitant 4/Inadéquation entre les bénéfices promis (...) et le niveau de rémunération à en attendre
M31	Contraire au Code de Déontologie: Articles 5 et 24 du Code de Déontologie La Liberté du Médecin est fondamentale et ne doit en aucun cas être aliénée par qui que ce soit ,organisme compris ; il y a systématiquement conflit d'intérêt
M32	Problème éthique de perte d'impartialité dans le choix thérapeutique Problème administratif d'évolution des critères de jugements (l'évolution des connaissances scientifiques étant infiniment plus rapide que le temps "politique" de révision de critère de jugement) Problème morale de l'organisme à la fois payeur/arbitre/inspecteur quittant sa fonction première d'organisme sociale solvabilisant les patients.
M33	Ce n'est pas déontologique Ce n'est pas éthique Ce n'est pas moral Ce n'est pas digne liberté professionnelle
M34	je suis très attaché au paiement à l'acte je refuse le contrôle de la qualité des soins par les assureurs
M35	- refus d'être mis sous tutelle - volonté de soigner en mon âme et conscience, en conservant mon libre arbitre et en refusant que mes actes/prescriptions/attitude soient orientés par un cadre rémunérateur - discussion entre confrères sur espaces communautaires en ligne (cordination29, mgclinique, mglist) - lecture d'arguments syndicaux
M36	- engendrait un conflit d'intérêt majeur - cela devient un contrat de résultat et pas un contrat de moyens

M37	<p>- La raison principale est philosophique. Je ne souhaite pas contraindre ma manière de travailler pour gagner plus financièrement. Ma position n'est pas masochiste, je ne refuse pas de gagner plus si mon travail est adapté. Ma position est éthique : la qualité de mon travail est prioritaire à la rémunération de celui-ci.</p> <p>- Certains objectifs du P4P ne sont pas en phase avec les données scientifiques.</p> <p>Il y a incompatibilité entre respecter tous les objectifs (dans le but d'améliorer la santé publique) et respecter les données scientifiques. Est-ce logique de sélectionner certains objectifs seulement, ceux qui nous arrangent ?</p> <p>- Il faut remplir soi-même les objectifs atteints, ce qui accroît les tâches administratives tant décriées par certains.</p> <p>- Certains pays anglo-saxons semblent reculer sur la rémunération à la performance, en l'absence de bénéfice pour la société (ce qui est le but en soi).</p>
M38	<p>- refus d'être payé "à la prime" sur des objectifs et des critères pas tous médicaux</p> <p>- refus d'une informatisation galopante au bénéfice d'éditeurs de logiciels incontrôlables (mises à jour fréquentes, récupération des données impossible ou onéreuse, clientèle captive...)</p> <p>- uniformisation des pratiques</p> <p>- mort programmée de la médecine libérale au profit du salariat, en en gardant les inconvénients, sans en avoir les avantages</p>
M39	<p>-Je ne suis pas d'accord avec certains des objectifs fixés qui n'ont jamais vraiment évalués tels que dépistage systématique mammographie ou vaccination anti-grippale.</p> <p>Le paiement à la performance a été un échec en Grande-Bretagne , et en général dans tous les secteurs d'activité humaine. Les acteurs de terrain ne s'intéressent plus qu'aux indicateurs choisis au détriment de leurs autres missions.</p> <p>La qualité ne s'évalue pas sur quelques critères arbitrairement choisis.</p> <p>Je ne vais pas dévoyer mon indépendance chèrement acquise par rapport aux lobbies pharmaceutiques pour l'aliéner à des experts bouffés par les conflits d'intérêt pseudo-</p>
M40	<p>peur de regarder les patients en fonction " du gain" ou pas ;</p> <p>peur que cela perturbe mon travail et mes relations avec les patients</p> <p>travail administratif en plus</p> <p>indicateurs non pertinents</p>

M41	<p>- je ne fonctionne pas à la carotte : si je n'atteinds pas avec un patient un objectif qui me semble important ce n'est pas l'éventualité d'un "bon point" qui m'améliorera .. ou le rendra plus compliant .</p> <p>- que fait-on des patients qui ne peuvent ou qui ne veulent pas rentrer dans le moule? on les écarte pour qu'ils ne plombent pas notre rémunération sur objectif ??</p> <p>- certains objectifs ne me convenaient pas .</p> <p>- l'impossibilité de sortir du dispositif .</p>
M42	<p>-Cela entrainerait un conflit d'intérêt.Cela me mettrait mal à l'aise vis vis de mes patients, faussant la relation entre nous, si je n'ai plus comme objectif que d'être un bon soldat de la sécu.</p> <p>Les conflits d'intérêt avec l'industrie pharmaceutique sont dénoncés mais pas ceux avec l'assurance maladie?Il me semble que le conseil de l'Ordre aurait dû statuer sur cette prime à la performance.</p> <p>Je reconnais que c'est plus par idéologie, et à mon âge avancé, c'est bien d'avoir encore ce genre d'illusions peut être...Au moment de la signature (ou plutôt du refus de signer), j'ai été stupéfaite de voir que très peu de gens se sont indignés.Quand j'en parle à mes collègues: ils ont tous la même réponse:"moi?je fais comme avant, je ne change rien à ma pratique, et je verrai bien quelle prime j'aurai, mais je ne veux pas perdre cette rémunération supplémentaire".</p> <p>La déléguée de l'assurance maladie m'a d'ailleurs qu'ils étaient bien contents de moi: que je faisais du bon boulot et que je ne leur coûtait rien: ça m'a un peu énervée, mais peut être était ce fait pour (et que je signe, ayant l'impression de me faire avoir)....</p>

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER
=====

Je soussigné, Professeur **AMOUYAL Michel**

certifie, en ma qualité de Président du Jury de Thèse de :

Mlle ANDRIANTSEHENO HARINALA Lanja

avoir lu la thèse ayant pour titre :

Les médecins ayant refus la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)/ paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus

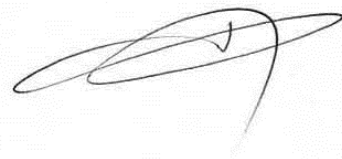
et le résumé correspondant.

Les opinions et les principes émis n'étant contraires ni à l'ordre public ni à la déontologie médicale, je donne un avis favorable à l'imprimatur de la thèse.

Montpellier, le 13-01-14

Dr Michel AMOUYAL
01 Généraliste
SCP Pouzancre-Amouyal-Ferrier
25 rue des MAS 30920 CODOGNAN
30 17 18359 01 20 01
CAB. CONV.

Le Professeur,



RESUME

CONTEXTE :

La convention nationale entre médecins généralistes et assurance maladie signée le 26 juillet 2011 et entrée en vigueur le 1^e janvier 2012 consacre un nouveau dispositif, la « rémunération sur objectifs de santé publique » (ROSP), qui fait partie des paiements à la performance (*P4P, pay for performance*). Un espace est ménagé pour les généralistes souhaitant rester conventionnés, mais refusant cette rémunération.

PROBLEMATIQUE :

Pourquoi ces généralistes refusent-ils, alors que la majorité de leurs confrères ont accepté, qu'il s'agit d'augmenter leurs revenus et que le dispositif parle de santé publique et de qualité des soins ?

OBJECTIFS :

Décrire, analyser, comparer les raisons exprimées du refus.

METHODE :

Etude qualitative avec un questionnaire à but descriptif, administré à 42 médecins, permettant ensuite de choisir n=13 généralistes. Puis étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés de ces 13 médecins et analyse thématique.

RESULTATS :

Les médecins réfutent les résultats attendus : il n'y aura ni amélioration des pratiques, ni amélioration 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, de la santé des populations et surtout sont incapables de manifester du « travail invisible ». Egalement à cause des enjeux éthiques, moraux et déontologiques : le conflit d'intérêt, comme la transformation du contrat moral de moyens en résultats, sont au cœur de leurs griefs et à la source des effets pervers du dispositif. D'autre part, les médecins réfutent la légitimité du dispositif, dénoncent l'illusion de volonté d'améliorer les pratiques par les tutelles, leur politique d'empêchement de la qualité et leurs propres conflits d'intérêt industriels ainsi que leur stratégie de pouvoir.

Mots-clés : paiement à la performance, médecins généralistes, refus, convention, conflit d'intérêt, amélioration des pratiques, santé publique