

Auteur : Patrick Dubreil, médecin généraliste  
Article issu de l'analyse d'un groupe de travail du Syndicat de la Médecine Générale

Article extrait de *Pratiques* n° 77 « Tout le contraire ! »

## Le marché de la *performance* s'étend

*L'extension de la prime à la performance marque l'emprise des gestionnaires sur la pratique médicale. Les syndicats de médecins libéraux, peu regardants sur l'indépendance, l'éthique et la science, se sont laissés piéger. Quand l'appât du gain tient lieu d'instrument de motivation au travail...*

La loi n° 71-525 du 3 février 1971 introduit dans le Code de la Sécurité sociale les principes de la convention nationale liant les syndicats médicaux représentatifs et les caisses d'Assurance maladie (AM). Cette convention, signée pour une durée de cinq ans, fixe les modes de rémunération des médecins libéraux. Le paiement à l'acte en est le principal mode. Mais un maquis de rémunérations annexes se développe. Pourquoi et comment ?

Dans la convention de 2016<sup>1</sup> (lire « De la servitude des syndicats prospères » dans ce numéro), la part des forfaits, dans le revenu global des médecins, augmente : Forfait patientèle médecin traitant (FPMT - art. 15-4) et des primes aux résultats (à la *performance*) : le Forfait structure (FS - art. 20) et la Rémunération sur objectifs dits de *santé publique* (ROSP -art 27).

Les médecins conventionnés, même s'ils refusent la ROSP, bénéficient du FPMT et touchent le forfait structure s'ils remplissent les conditions des indicateurs<sup>2</sup>.

### **Le Forfait patientèle médecin traitant**

#### **1. Une avancée timide**

Versé au cours du premier semestre 2018, il dépend du type de patientèle (âge, pathologie, précarité). Remplaçant les forfaits existants, il en comprend plusieurs autres dont les montants sont augmentés. Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros, patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros. Le forfait annuel « Affections de longue durée » (ALD), qui dépend du nombre de patients en ALD suivis, passe de 40 à 42 euros pour les moins de 80 ans et de 40 à 70 euros pour les plus de 80 ans. Autres patients : 5 euros.

Fait nouveau, le FPMT tient compte du taux de personnes ayant droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), au sein de la patientèle, personnes plus souvent atteintes de comorbidités que le reste de la population. Mais il ne prend pas en compte le taux de patients ayant droit à l'Aide à la complémentaire santé, à l'Aide médicale d'État, ni ceux qui n'ont pas de Complémentaires santé (CS), plus pauvres et plus malades eux aussi.

#### **2. Un forfait sans garantie de financement, pas même par la solidarité**

L'AM n'aurait-elle pas les moyens de ses ambitions ? La convention médicale stipule : « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, pour valoriser le rôle du médecin traitant, le FPMT est cofinancé par l'AM et les organismes complémentaires ». Mais ces derniers, pour des raisons de coût, ont refusé cette proposition et ont décidé de ne pas signer la convention médicale.

Il faudrait que le FPMT soit financé uniquement par l'AM car, si les organismes de CS participaient à son financement, ils répercuteraient ce surcoût sur le porte-monnaie des patients, ce qui renforcerait les inégalités d'accès aux soins (le coût d'une CS tient compte de l'âge et n'est pas proportionnel aux revenus, contrairement à la cotisation sociale de l'AM).

## **Les primes à la performance : Forfait structure (FS) et Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)**

Ce sont des forfaits variables dépendants de l'utilisation de l'informatique par les médecins et de leur capacité à atteindre des objectifs médico-économiques. Le mode de paiement s'effectue par points dont le nombre augmente d'années en années (en fonction d'objectifs intermédiaires et « cibles », pour la ROSP). « *La valeur du point est fixée à 7 euros* ». La convention conditionne le paiement du FS et de la ROSP à l'informatisation des pratiques.

### **1. Le Forfait Structure (FS) <sup>3</sup>**

Il doit permettre « *d'aider les médecins à investir sur des outils informatiques, à développer les démarches d'appui aux patients dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs* ». Doit-on penser que les médecins généralistes, avant cette convention, n'accompagnaient pas leurs patients dans leurs « parcours de soins » ? Le FS ne serait-il donc attribué aux médecins que pour justifier l'investissement dans des outils informatiques ? Mépris des généralistes ou ignorance de la réalité du soin ?

#### Premier volet du FS, l'informatisation comme seul but ? (prérequis - art. 20.1)

« *Les indicateurs sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire (du premier volet) et conditionnent la rémunération du deuxième volet. Les indicateurs sont les suivants :*

- « *Logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription certifié par la Haute autorité de santé (HAS), compatible Dossier médical partagé (DMP)* ». Pourquoi ne pas avoir créé un logiciel indépendant d'aide à la prescription et accessible à tous les médecins ? Le logiciel métier ne devrait pas s'intégrer dans le DMP. Celui-ci n'a pas prouvé qu'il facilitait le travail d'équipe. Ce qui « *facilite le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée* » (termes de la convention), c'est la volonté des professionnels de se structurer et d'échanger ensemble de manière transversale et non hiérarchisée, avec l'accord du patient, autour de ses intérêts, selon les principes de la santé communautaire.

- « *Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé* ». Dans le maquis des entreprises de messagerie sécurisée, difficile de se retrouver. Comment sont-elles certifiées et par qui ? La Commission nationale informatique et libertés (CNIL) dispose-t-elle de moyens suffisants pour assurer ses missions ? Où se situe le curseur de la sécurité ? Qu'en est-il du risque de piratage informatique des données de santé, quand on sait que la majorité des *data centers*, les bibliothèques numériques, est sous contrôle d'intérêts privés, surtout américains ?

- « *Version du cahier des charges du Système électronique de saisie de l'AM (SESAM-Vitale) intégrant les avenants conventionnels.* » <sup>4</sup>

- « *Taux de télétransmission des feuilles de soins supérieur ou égal à 2/3.* » La télétransmission n'est pas toujours possible : panne informatique, oubli par le patient, vol ou perte de sa carte Vitale (CV), mais aussi patients en rupture de droits désaffiliés, ou en attente de renouvellement du fait de la lenteur des caisses. L'AM veut imposer un niveau de performance d'un indicateur dont elle est responsable, mais qu'elle est incapable de rendre totalement fiable.

- « *Affichage des horaires d'ouverture du cabinet.* » Si cet indicateur va de soi dans le but d'informer le public, pourquoi faire dépendre sa rémunération des indicateurs informatiques ? Les partenaires conventionnels s'embourbent dans le tout informatique. Pourquoi ne pas avoir créé un FS de pluriprofessionnalité sans conditionnalité à l'informatique, qui récompenserait l'embauche de personnels supplémentaires, garantie de l'amélioration de la pratique médico-sociale ? Quels intérêts sert l'AM ? L'industrie informatique ? L'industrie

pharmaceutique, en raison de son action de lobbying au sein même de la HAS ?

Deuxième volet du FS, une ROSP masquée (prérequis - art. 20.2)

« Ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte des prérequis du premier volet. Chaque indicateur est indépendant des autres » :

- « *Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices. Déclaration médecin traitant (DMT), Protocole de soins électronique (PSE = formulaire rempli par le médecin pour prise en charge à 100 % au titre de l'ALD), prescription d'arrêt de travail (AAT), déclaration d'un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle (CM ATMP), en ligne. Le taux de dématérialisation à atteindre* » est différent pour chaque téléservice, il augmente tous les ans, ainsi que le nombre de points attribués à cet indicateur. Les médecins doivent-ils devenir les « chevaux de course » (sens initial du mot anglo-saxon performance) de l'informatique au détriment de l'accompagnement des patients ? L'obligation de transmettre, par informatique, l'arrêt de travail le jour du rendez-vous de consultation empêchera le médecin traitant (MT) d'anti dater l'arrêt, ce qu'il peut être amené à faire dans l'intérêt du patient, en fonction du jour du début des symptômes, de l'impossibilité du patient à aller travailler et des aléas des prises de rendez-vous. La rapidité de transmission de l'information des arrêts de travail permettra un contrôle renforcé et précoce des arrêts de travail par les médecins-conseils et les médecins embauchés par des patrons. Le bio-techno-pouvoir étend ses tentacules. Le seul intérêt de la déclaration en ligne pour les patients est la demande d'ALD pour bénéficier plus rapidement du remboursement des soins à 100 %.

- « *Indicateur 2 : capacité à coder certaines données* » : le médecin est appelé à « *produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales qu'il élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.* » Ce codage est un « copier-coller » de ce qui se pratique à l'hôpital sur la base du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) affecté à la budgétisation des hôpitaux. Le codage des actes est un système purement comptable, chronophage, abrutissant et bête, qui éloigne les soignants de leurs missions premières : la clinique, l'enseignement et la recherche. L'emprise des gestionnaires sur les médecins s'élargit dorénavant à la médecine ambulatoire.

- Indicateurs de valorisation :

Le 3<sup>e</sup> indicateur valorise la « *participation à une équipe de soins coordonnée (projet territorial de santé) et son aspect pluridisciplinaire (quatre réunions annuelles)* ».

Le 4<sup>e</sup> valorise le « *service au patient : accompagnement médico-social, recherche de structures d'accueil, documents d'accès aux droits, prise en charge complexes, prises de rendez-vous* ».

Le 5<sup>e</sup> valorise la « *maîtrise de stage (accueil d'étudiants en médecine)* ».

Valoriser les pratiques, avec pour objectif de promouvoir les soins de santé primaire tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire orientés vers la prévention et la santé communautaire, est un progrès. Mais ce travail doit être rémunéré par un vrai revenu (forfait ou salaire) en fonction des missions confiées et du temps effectué pour les remplir et pas en fonction de la méthode stupide de validation du premier volet informatique du FS et de points à gagner. En outre, il existe de nombreux items purement déclaratifs. Les modalités de calcul des indicateurs 3-4-5 sont théoriques. Ce système de points engendrera des calculs « au petit bonheur la chance », voire des fraudes.

La « *modernisation* » des relations entre caisses et médecins correspond à une régression en ce sens où leur rémunération est de plus en plus conditionnée à l'informatisation à outrance du poste de travail, augmentant les tâches à accomplir et risquant de provoquer, chez les médecins, des maladies professionnelles : troubles musculosquelettiques,

psychopathologies.

Dans le cadre d'un paiement aux forfaits, l'AM, au lieu de dévoyer ses valeurs, ferait mieux d'étendre à d'autres situations le FPMT : consultations d'étrangers primo-arrivants avec besoin d'interprétariat, consultations nécessitant une médiation sociale, violences conjugales, familiales, psychopathologies du travail, etc.

Elle serait aussi bien inspirée de préserver et promouvoir les droits des patients (ce pourquoi elle a été créée), par exemple informer en temps voulu les patients en ALD ou ayant droit à la CMUc ou l'AME, afin de leur éviter toute rupture de droits, trop fréquentes actuellement. Elle devrait enfin créer un FS valorisant les pratiques d'équipes, indépendamment de l'informatisation des cabinets médicaux. Elle devrait financer des études de recherche clinique en utilisant ses registres épidémiologiques et l'informatique à des fins d'amélioration de la santé publique. Enfin, elle devrait supprimer la ROSP.

## **2. La ROSP : un piège accepté par les syndicats de médecins libéraux « à l'insu de leur plein gré »**

Initiée Outre-Manche, elle est instaurée en France en 2011, et constitue en quelque sorte un treizième mois d'honoraires<sup>5</sup> (titre 3). Les partenaires conventionnels veulent viser une « *nouvelle progression des résultats et conviennent d'améliorer la réactivité globale du dispositif de la ROSP, afin de faciliter l'adaptation des indicateurs aux données de la science et aux priorités de santé publique* ». Pourtant, les données actuelles de la science ne montrent pas d'amélioration des pratiques au bénéfice des patients<sup>6</sup>, liée à cette rémunération.

Les indicateurs de la ROSP sont « *regroupés en trois volets : suivi des pathologies chroniques, prévention, efficacité (médicamenteuse). Ils concernent les médecins traitants (MT) mais aussi les cardiologues, angiologues, gastro-entérologues* ». La règle de calcul des indicateurs fait appel à la statistique. « *La patientèle utilisée pour les MT est dite "patientèle consommatrice fidèle" et est réévaluée au 31 décembre de chaque année* ». Le patient devient donc officiellement *consommateur* de soins, *fidèle* ou *infidèle* (prière de ne pas rire). Par exemple, pour le suivi d'un malade diabétique, un des indicateurs est « *la part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation (ophtalmologiste) ou d'un fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans ; objectif intermédiaire : 69 %, objectif cible : > ou égal à 77 % ; seuil minimal : 10 patients ; nombre de points : 30* ». Et ainsi de suite pour tout un tas d'actes : « *hypertendus, dépistage de certains cancers, vaccination contre la grippe, iatrogénie médicamenteuse* ».

La ROSP est une rémunération dangereuse et perverse car elle place l'exigence de *résultats* au-dessus de celle des *moyens* de la médecine. La ROSP appâte les médecins par l'argent et introduit un *conflit d'intérêts* entre médecins et patients. La ROSP implique une logique *financière* qui prend le pas sur la logique de *soins*. La ROSP est basée sur des critères médico-économiques décidés dans un contexte de conflits d'intérêts entre la santé publique, les industriels et l'État, aboutissant au formatage de pratiques chiffrées. La ROSP crée des *angles morts* de la santé publique, chaque médecin étant poussé à détecter les *pathologies* liées à la prime (ou *prime-dépendantes* : *dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal*) à la place d'autres pathologies (cancers d'autres organes, cancers professionnels non inclus dans le calcul). La ROSP crée une inégalité de revenus entre professionnels, entre ceux acceptant la ROSP et ceux la refusant. La « carotte » ROSP peut se transformer en « bâton ». En effet, une procédure d'exception (art. 27) permettant de modifier ses critères, sans avenant, a été introduite : « *des indicateurs concernant l'efficacité des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité* (souligné par l'auteur) *pourront être élaborés par les partenaires conventionnels pour une*

*valorisation complémentaire maximale de 60 points* ». Ainsi, le directeur de la CNAM (titre 6) s'arroge ce pouvoir sans débat démocratique. Son galop d'essai de l'été dernier, coupler ROSP et indemnités journalières d'arrêt de travail, a été stoppé par le tollé des syndicats médicaux, mais il pourrait bien devenir réalité dans les mois qui viennent. Ce système de rémunération à la *performance* est un piège habillé de vertu, il se situe à l'opposé des valeurs déontologiques de la pratique médicale.

Dorénavant, la convention médicale, qui assure la solvabilité des patients (grâce à la prise en charge par l'AM), tout en autorisant et organisant les dépassements d'honoraires, *prétend* aussi, de plus en plus, ordonner la prescription et l'évaluation des pratiques médicales. Ainsi, à cause de la généralisation de la prime à la *performance*, cette convention collective devient aussi un *contrat individuel tacite* qui lie chaque médecin au financeur des soins<sup>2</sup>, aujourd'hui l'AM, demain les organismes de CS si le *marché* devient la logique prédominante au lieu de celle de la *solidarité*.

Nous vivons aujourd'hui dans un pays où le gouvernement fait plus confiance au *marché* qu'aux travailleurs : la prime à l'intéressement est le moyen politique appliqué par le patronat<sup>7</sup> et les gouvernements pour diviser et contrôler les travailleurs, en créant une caste privilégiée (ouvriers, employés, cadres, enseignants, médecins). Cette caste se démarquera du reste des classes populaires non concernées par la prime, et se mobilisera peu pour lutter contre les inégalités produites par le système capitaliste. Il y a un siècle, l'écrivain, ouvrier et marin, Jack London avait prédit ce phénomène dans son roman *Le talon de fer*. Hormis la servitude à la technologie informatique, caractérisant notre époque, rien de bien nouveau, donc, sous le soleil du *marché*.

## Notes

- (1) Texte conventionnel sur le site de l'AM
- (2) Pour refuser la ROSP, le médecin doit écrire au directeur de l'AM dans les trois mois qui suivent la signature de la convention médicale L'AM a toujours refusé de publier le chiffre des médecins hors-ROSP.
- (3) Pour donner un ordre de grandeur, « *le FS est basé sur un total de 250 points en 2017, soit 7 x 250 = 1 750 euros, 460 points en 2018 et 660 points en 2019* » (termes conventionnels).
- (4) Le Groupement d'intérêt économique (GIE), Sesam vitale a été créé par la loi du 27 janvier 1993 et fondé par les organismes d'AM obligatoires et complémentaires.
- (5) 6 402 euros en moyenne pour un généraliste en 2015.
- (6) Andrew M. Ryan, Sam Krinsky, Evangelos Kontopantelis, Tim Doran, "Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study", *The Lancet*, 17 mai 2016.
- (7) « *Le MEDEF et neuf autres organisations patronales, pour redresser l'économie, proposent à l'intention des candidats à la présidentielle* », entre autres « *le développement du paiement à la performance à l'hôpital public* », *Quotidien du médecin*, 20 février 2017 - n° 9557.