MG FRANCE
Le syndicat des Médecins Généralistes

DÉCRYPTAGE

Ciblage MSO : analyse de la méthode

2 novembre 2026

Cette année, 650 généralistes sont visés par la campagne de mise sous objectif[1] organisée par l'Assurance Maladie. Revenons sur le courrier qu'a reçu l'un d'entre eux. Ce qu'il montre en dit long sur la méthode.

1 Le courrier

Le courrier précise que la caisse a relevé que ses prescriptions d'arrêts de travail sont « *très nettement plus nombreuses* » que celles de ses confrères. Sur les six premiers mois de 2026 : 4 268 jours d'arrêt, soit 12,9 jours par patient actif. Le courrier oppose à ce chiffre 5,9 jours « *pour les praticiens exerçant une activité comparable* ». Ce n'est pas la moyenne de ses confrères : le relevé l'intitule « *vous (attendu)* ». C'est ce que, dans un modèle théorique, ses confrères prescriraient en moyenne à des patients du même âge, du même sexe, avec la même part de bénéficiaires de la C2S et les mêmes ALD que les siens. Cette confusion du courrier n'est pas anecdotique : elle met en lumière l'un des points faibles majeurs de la méthode, sur lequel nous revenons plus loin (4.4). Ces « *données objectivées* » conduisent la caisse à « *envisager la mise sous objectif* ». Le médecin a un mois pour répondre[2].

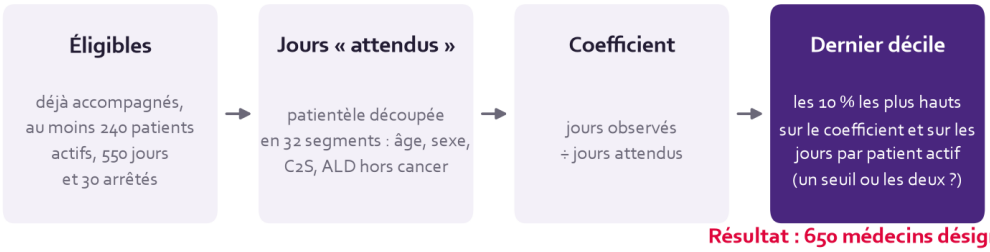
Avec le courrier, un relevé de quatre pages, le « *profil personnalisé de prescriptions des arrêts de travail* », dont deux de note méthodologique. On y apprend que notre confrère suit 855 patients, dont 330 actifs, et que 57 ont été arrêtés sur le semestre. On y trouve aussi sa répartition des arrêts par durée et par âge, et trois indicateurs annexes : patients d'une autre caisse, patients dont il n'est pas le médecin traitant, arrêts liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

[1] CNAM (DDAFF/DDGOS), Présentation de la campagne MSO MSAP IJ 2026/2027, rencontre avec les représentants des médecins spécialistes en médecine générale, 14 octobre 2026.

[2] Assurance Maladie, « Profil personnalisé de prescriptions des arrêts de travail », période de référence janvier-juin 2026, et sa note méthodologique ; courrier de la caisse (cité avec l'accord du médecin).

2 Comment il a été ciblé

La méthode, présentée aux syndicats le 14 octobre, se résume en quatre temps[1].



Source : présentation de la CNAM aux syndicats, 14 octobre 2026.

Seuls sont éligibles les médecins ayant déjà fait l'objet d'un « accompagnement » de l'Assurance Maladie sur les arrêts et comptabilisant au moins 240 patients actifs, 550 jours d'arrêt et 30 patients arrêtés sur le semestre. Sont écartés les médecins de plus de 75 ans ou installés depuis 2024 ou déjà présents dans la campagne 2025 et ceux qui ont eu un contact avec la caisse sur les arrêts depuis janvier 2026.

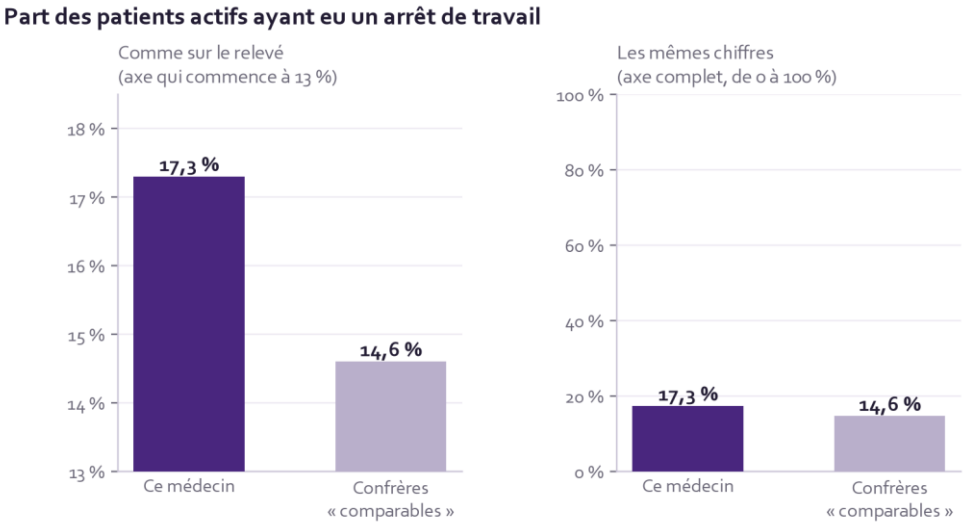
La caisse nationale calcule ensuite combien de jours d'arrêt selon elle le médecin « devrait » prescrire. Elle découpe sa patientèle selon l'âge, le sexe, la C2S et l'ALD hors cancer, et lui applique les taux d'un groupe de médecins dits « comparables » : même région, même zonage ARS, quartier (IRIS) de même niveau de défavorisation.

Elle rapporte enfin les jours observés aux jours attendus, et retient le dernier décile, c'est-à-dire les 10 % de médecins les plus hauts sur ce rapport. Elle retient aussi le dernier décile d'un second indicateur, le nombre brut de jours par patient actif, qui n'est corrigé de rien. La présentation ne dit pas si un médecin doit franchir les deux seuils ou un seul, ni si le décile est calculé groupe par groupe ou sur l'ensemble des médecins. Notre confrère est à 2,2 fois l'attendu : il fait partie des 650 médecins ciblés dans cette campagne.

3 Ce que le relevé montre quand on le lit jusqu'au bout

Il n'arrête pas beaucoup plus de patients que ses confrères

17,3 % de ses patients actifs ont eu un arrêt, contre 14,6 % chez ses confrères « comparables » : environ un sur six contre un sur sept[2]. Sur le relevé, l'ordonnée du graphique commence à 13 % et l'écart paraît énorme. Sur une échelle complète, il tient en moins de trois points.

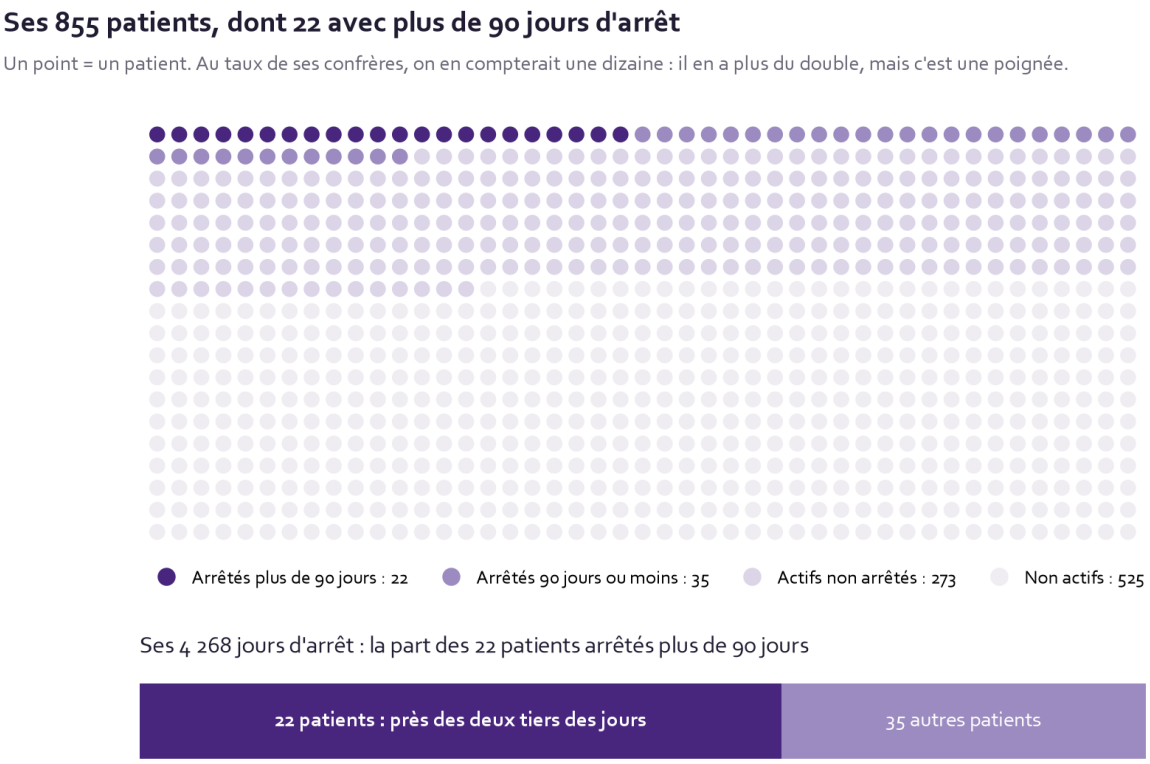


Source : relevé individuel, janvier-juin 2026.

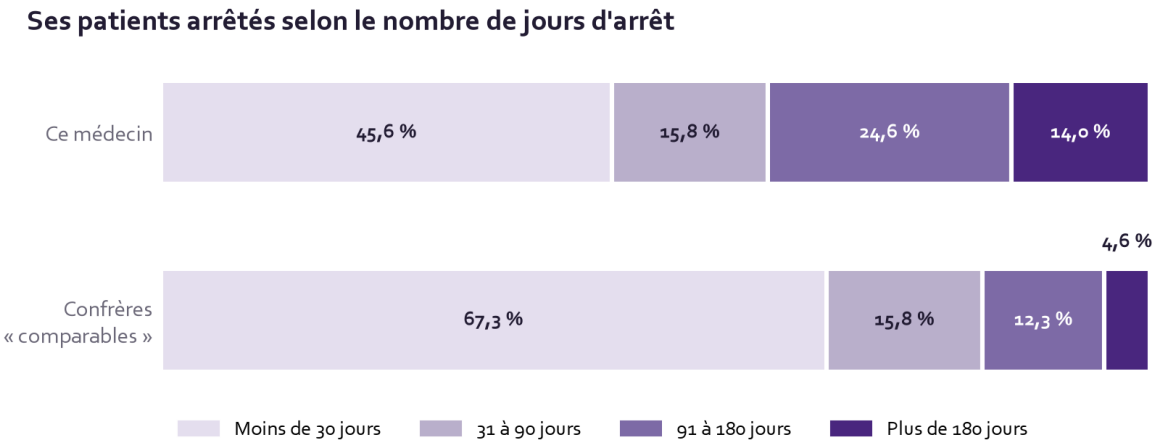
Le courrier parle de prescriptions « *très nettement plus nombreuses* ». Ce sont les jours qui sont nettement plus nombreux, pas les patients arrêtés.

L'écart tient surtout à 22 patients en arrêt long

Sur ses 57 patients arrêtés, 22 ont eu plus de 90 jours d'arrêt, soit 39 %, contre 17 % chez ses confrères. À leur taux, on en compterait une dizaine : il en a plus du double, mais rapportés à toute sa patientèle, ces 22 patients restent une poignée.



Source : relevé individuel, janvier-juin 2026 ; répartition des 57 patients arrêtés calculée à partir des pourcentages par durée du relevé. Part des jours : estimation minimale à partir des classes de durée du relevé (au moins 91 et 181 jours).



Source : relevé individuel, janvier-juin 2026.

C'est là que se joue l'essentiel de son écart : ces 22 patients font près des deux tiers de ses jours d'arrêt.

Une partie de ses arrêts est liée au travail

41 % de ses arrêts sont liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, contre 34 % chez ses confrères[2]. Ces arrêts liés au travail comptent dès le premier jour, sans délai de carence. Le calcul de l'attendu, lui, ne tient pas compte de cette spécificité.

Les patients arrêtés sont des patients qu'il suit

Deux seulement ne l'ont pas déclaré médecin traitant, et 9 % de ses patients arrêtés relèvent d'une autre caisse, contre 19 % chez ses confrères[2]. Rien ne laisse penser à un médecin qui arrêterait des patients de passage.

Le calcul ne dit pas pourquoi

Le relevé ne dit rien des maladies de ces 22 patients arrêtés plus de 90 jours. La caisse écrit d'ailleurs qu'elle aurait « *souhaité pouvoir en comprendre les causes* », et qu'un échange n'ayant pu avoir lieu, elle livre ses constats par écrit. Ces causes ne sont pas prises en compte dans le calcul : elles sont dans les dossiers.

---

4 Pourquoi la méthode n'est pas fiable

Le cas de ce confrère n'est pas un accident : il découle de la façon dont la méthode est construite. MG France a eu entre les mains des dizaines de profils comme celui-ci.

4.1 Elle fixe d'avance le nombre de médecins à désigner

Retenir le dernier décile, c'est considérer d'emblée qu'une part fixée d'avance des médecins éligibles pose problème. Or un classement ne dit pas si un écart est anormal : il dit seulement qui est devant qui.

> Autrement dit : dans n'importe quel groupe, il y a toujours un dernier décile. Si tous les médecins réduisaient leurs arrêts, la règle continuerait d'en désigner la même part.

4.2 Elle prend le hasard pour une pratique

Sur un semestre, le chiffre d'un médecin mêle plusieurs éléments : sa façon de prescrire, le type de patients qu'il suit (santé au travail, psychiatrie, troubles musculosquelettiques…) et le hasard des patients qu'il a vus ce semestre-là. Quand l'effectif est petit, ce hasard (cette variabilité) pèse lourd.

> Faisons le calcul pour notre confrère : trois arrêts de six mois de plus ou de moins, c'est environ 540 jours, soit 1,6 jour par patient actif, plus du quart de son attendu de 5,9. Sur de petits effectifs, quelques patients suffisent à faire bouger nettement le chiffre. La présentation de la CNAM ne comporte aucune mesure de la fiabilité de ses profils, c'est-à-dire de la part du chiffre qui reflète vraiment le médecin.

4.3 Elle attribue au médecin ce qui tient aux patients

Le calcul tient compte de l'âge, du sexe, de la C2S et de l'ALD hors cancer. Il ne tient compte ni du motif de l'arrêt, ni du métier ou de la catégorie socio-professionnelle des patients, ni de la gravité au-delà d'une case ALD. Les arrêts liés au travail sont comptés comme les

autres[2]. La seule trace du métier est la part d'ouvriers du quartier du cabinet, pas celle de la patientèle.

> ***Tout ce que le calcul n'ajuste pas, il l'impute au médecin.***

La comparaison se fait sur le quartier du cabinet, pas sur celui des patients. Or ce sont d'abord les patients qui font la durée des arrêts : en Norvège, sur des données appariées patients-médecins (arrêts de plus de 16 jours pour troubles psychiques ou musculosquelettiques, 2003), 98 % de la variation de la durée des arrêts que les facteurs observés n'expliquent pas tient aux patients, moins de 1 % aux médecins[3]. L'indice de défavorisation retenu par la CNAM, celui du CépiDc, calculé à partir de quatre données de l'Insee et appliqué à l'IRIS du cabinet, décrit un territoire, pas les personnes : il a été construit à l'échelle de la commune, pour une description générale, et étudié sur la mortalité[4]. À notre connaissance, il n'a jamais été évalué sur les arrêts de travail, ni à l'échelle du quartier d'un cabinet, où la CNAM l'applique.

> ***Un classement statistique ne permet pas de dire, pour un médecin donné, si son écart tient à sa pratique ou à ses patients. C'est pourtant sur ce seul classement que la CNAM ouvre la procédure, et c'est au médecin de s'expliquer.***

4.4 Elle classe des ratios qui ne sont pas faits pour être classés

Le coefficient de la CNAM est un ratio entre jours observés et jours attendus, calculé par une « *standardisation dite indirecte* »[1]. Un tel ratio compare un médecin à ce qu'on attendrait pour sa patientèle, compte tenu de l'âge, du sexe, de la C2S et de l'ALD de ses patients. C'est son usage reconnu[5]. Un ratio de 2 signifie que le médecin prescrit deux fois l'attendu.

Le problème arrive quand on utilise ces résultats pour comparer les médecins entre eux. Chaque médecin a été étudié avec une règle différente, celle fabriquée à partir de sa propre patientèle. Classer les médecins entre eux sur ce ratio n'est pas recommandé[6] : le classement

---

[3] Aakvik A, Holmås TH, Kamrul Islam M. Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. Soc Sci Med 2010;70:1590-8. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.031. Le champ de l'étude (arrêts de plus de 16 jours, troubles psychiques ou musculosquelettiques) et la part attribuée aux médecins (0,84 %) figurent dans la version de travail de 2008.

[4] Rey G, Jougla E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health 2009;9:33. doi:10.1186/1471-2458-9-33

[5] Shahian DM, Normand SL. Comparison of "risk-adjusted" hospital outcomes. Circulation 2008;117:1955-63. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.107.747873

[6] Muecke C, Hamel D, Bouchard C, et al. Doit-on utiliser la standardisation directe ou indirecte dans l'analyse de la mortalité à l'échelle des petites unités géographiques ? Institut national de santé publique du Québec, mars 2005, p. 4 et 8. Principe énoncé pour la comparaison de territoires. inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/364-standardisationanalysemortalite.pdf

peut être faussé quand les patientèles diffèrent et que l'écart d'un médecin n'est pas le même selon le type de patients qu'il suit[7].

> Un exemple, avec des chiffres fictifs. Deux médecins ont exactement la même pratique : 30 jours d'arrêt par patient « lourd » (en ALD, par exemple), 5 par patient « léger ». L'attendu est de 20 jours pour un patient lourd, 10 pour un léger. Seule leur patientèle diffère.

Sur 100 patients	Prescrit	Attendu	Ratio
Dr A : 80 lourds, 20 légers	2 500 jours	1 800 jours	**1,4**
Dr B : 20 lourds, 80 légers	1 000 jours	1 200 jours	**0,8**

> ***Même pratique, mais l'un paraît sous l'attendu et l'autre nettement au-dessus. Seul leur type de patientèle les sépare.***

Un tel classement n'est valable que si les patientèles se ressemblent, ou si chaque médecin garde le même rapport à l'attendu quel que soit le type de patients. La CNAM ne montre aucune vérification de ces conditions.

4.5 Un outil de repérage, utilisé pour engager des procédures

Une comparaison statistique donne un signal. Ce signal appelle un échange sur dossiers pour comprendre, pas une mise en accusation a priori.

Le signal attendu, c'est un écart que le hasard n'explique pas. Ici, il ouvre une procédure. Et le risque existe : un médecin jugé sur un indicateur pourrait l'améliorer en écartant ses patients les plus lourds. Pour les arrêts de travail, ce sont les patients en arrêt long qui risqueraient de ne plus trouver de médecin traitant. Les malades pourraient ne plus bénéficier des soins adaptés à leurs besoins en santé.

> ***Qui peut se satisfaire d'une politique centrée sur la peur de la sanction, sanction dont on connaît la part d'arbitraire ?***

5 Si la CNAM voulait vraiment repérer des pratiques atypiques

Tout porte à croire que l'Assurance Maladie ne cherche pas tant à repérer des pratiques aberrantes qu'à faire peur au plus grand nombre de prescripteurs possible : une règle fondée sur le dernier décile désigne toujours une part fixée d'avance des médecins, quelle que soit leur pratique. Une démarche qui viserait réellement les pratiques atypiques, et seulement elles, ne ressemblerait pas à celle-ci.

---

[7] Pouw ME, Peelen LM, Lingsma HF, et al. Hospital standardized mortality ratio: consequences of adjusting hospital mortality with indirect standardization. PLoS One 2013;8:e59160. doi:10.1371/journal.pone.0059160

Elle ne fixerait pas de quota

Personne ne sait combien de médecins ont une pratique réellement atypique. Fixer cette part d'avance, avant toute analyse, garantit de désigner des médecins à tort si les vrais écarts sont plus rares. Une méthode honnête doit pouvoir conclure que personne n'est atypique, si tel est le cas.

Elle traiterait un écart comme une question, pas comme une preuve

Un écart statistique appelle une explication. En Angleterre, deux généralistes repérés pour une mortalité anormalement élevée de leurs patients ont fait l'objet d'une enquête, à partir des données de décès et de discussions avec eux : l'excès s'expliquait de façon crédible par les décès de patients en maisons de retraite. Les auteurs concluent qu'un tel écart doit être traité comme un signal qui mérite une investigation, pas comme la preuve d'une mauvaise pratique[8]. L'Assurance Maladie sait organiser des échanges confraternels sur des « cas patients » ; elle les présente elle-même comme une étape de son « accompagnement ». Mais elle range aussi dans cet « accompagnement », exigé pour être éligible, une simple information, comme l'envoi d'un profil de prescription[1]. Rien, dans la méthode présentée, ne prévoit un examen systématique des dossiers des patients avant de soumettre un médecin à ces procédures lourdes, qui peuvent déboucher sur des sanctions. Plus préoccupant encore : lors des deux vagues de la campagne 2025-2026, 124 puis 145 procédures, sur 532 puis 610 médecins sélectionnés, ont été abandonnées après les éléments apportés par le médecin[1]. C'est la CNAM qui valide en dernier ressort ces sorties, sur des critères qu'elle ne publie pas. Personne ne sait combien de médecins qui ne se sont pas défendus auraient dû sortir aussi. Rien ne garantit à un médecin d'en sortir quand il le devrait.

Elle regarderait les motifs

Le diagnostic pèse lourd dans la durée des arrêts[3]. L'Assurance Maladie dispose déjà du motif codé pour les arrêts transmis en ligne. Elle pourrait tout à fait en tenir compte dans sa méthode.

---

[8] Mohammed MA, Rathbone A, Myers P, et al. An investigation into general practitioners associated with high patient mortality flagged up through the Shipman inquiry: retrospective analysis of routine data. BMJ 2004;328:1474-7. doi:10.1136/bmj.328.7454.1474

En conclusion, rien ne va dans cette méthode

Une méthode pertinente dirait clairement ce qu'elle cherche. Elle se donnerait les moyens de détecter un vrai signal, orienté vers un objectif clairement affiché. Elle utiliserait toutes les données disponibles pour comprendre la réalité, à commencer par le motif des arrêts. Et elle deviendrait plus acceptable, parce que plus juste et précise. Celle de l'Assurance Maladie ne coche aucune de ces cases.

Contact

Agnès Giannotti – Présidente – president@mgfrance.org - 06 76 17 47 01
Yohan Saynac - Premier vice-président - dr.saynac@gmail.com – 06 26 67 68 02
Jean-Christophe Nogrette - Secrétaire général - jc.nogrette@medsyn.fr - 07 70 16 95 75