

Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

Depuis le 1^{er} janvier, les médecins qui ne l'ont pas refusée adhèrent à l'option conventionnelle du paiement à la performance (P4P). Ils bénéficient d'une rémunération supplémentaire s'ils atteignent des objectifs de santé publique. Un dispositif qui ne fait pas l'unanimité.

Le paiement à la performance a été instauré par la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée en juillet 2011 (*Journal officiel* du 22 septembre). Ce dispositif remplace et amplifie le contrat pour l'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), qui s'adressait aux seuls médecins généralistes. Il s'applique à tous les médecins qui ne l'ont pas refusé par lettre recommandée à leur caisse primaire d'assurance maladie avant le 26 décembre 2011, c'est-à-dire à l'immense majorité d'entre eux.

Le déploiement du P4P se déroule en deux temps. Il concerne d'abord les médecins traitants avec une rémunération maximale annuelle de 9 100 € sur la base de 800 patients, mais le volet « organisation du cabinet » (1 750 €) s'adresse dès

maintenant à toutes les spécialités¹. Il sera ensuite adapté aux cardiologues, aux endocrinologues, aux pédiatres et aux gastro-entérologues, puis progressivement aux autres spécialités.

Quatre types d'indicateurs sont proposés :

- 9 indicateurs cliniques (250 points) pour 2 pathologies : le diabète de type 2 et l'HTA ;

- 8 indicateurs de prévention et de santé publique (250 points) : dépistage des cancers, vaccination antigrippale...

- 5 indicateurs d'organisation du cabinet (400 points) : tenue d'un dossier médical informatisé, utilisation de logiciels d'aide à la prescription certifiés, élaboration d'une synthèse annuelle...

- 7 indicateurs d'efficience (400 points) : prescription dans le répertoire générique, prescription des IEC et Sartans...

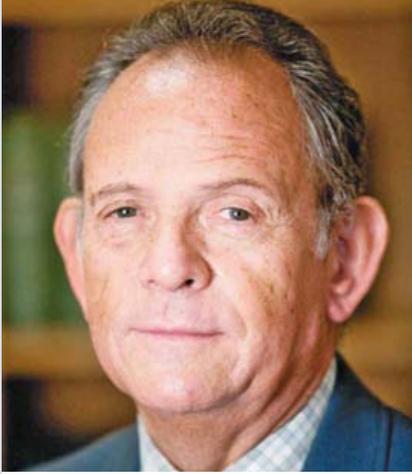
Ces critères décrivant la « performance » médicale sont-ils pertinents, ce dispositif peut-il influencer sur la relation médecin/patient, et les médecins y adhèrent-ils vraiment ? Tandis que le conseil national de l'Ordre des médecins et la Fédération des médecins de France (FMF), pourtant signataire de la convention, dénoncent une logique visant d'abord à faire des économies, l'économiste Claude Le Pen juge le système conforme à l'évolution de la médecine libérale.

Bon à savoir

UNE RÉMUNÉRATION PAR POINTS

Parmi les 4 types d'indicateurs, chaque objectif correspond à un total de points et chaque point vaut 7 euros. La première rémunération annuelle interviendra en mars 2013. Elle est basée sur le calcul suivant : (nombre de points acquis x valeur du point x nombre de patients) / 800. Le dispositif est déclaratif : le médecin devra renseigner le formulaire que lui adressera sa caisse en fin d'année. En cas de contrôle, il devra fournir les justificatifs demandés.

1. Sauf pour la synthèse annuelle.



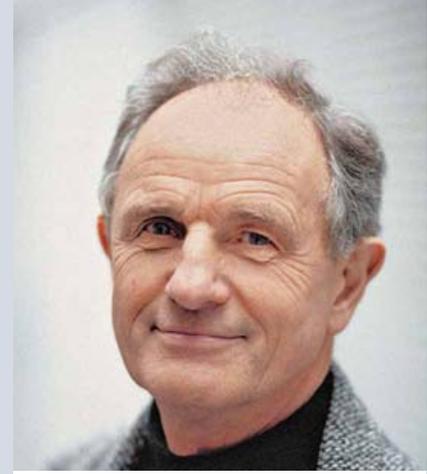
Dr Michel Legmann

Radiologue, il est président du conseil national de l'Ordre des médecins.



Pr Claude Le Pen

Économiste, il enseigne à l'université Paris-Dauphine où il dirige le master d'économie de la santé. Il est aussi président du Collège des économistes de la santé.



Dr Jean-Paul Hamon

Médecin généraliste à Clamart (92), il est président de la Fédération des médecins de France (FMF). Ce syndicat a finalement ratifié la convention médicale, « pour avoir les moyens de la faire évoluer ».

Plus de 97 % des généralistes ont opté pour le paiement à la performance, en ne signifiant pas leur refus. S'agit-il d'un plébiscite ?

Dr Michel Legmann :

Dans la nouvelle convention, la revalorisation de l'acte de base – le C ou le CS – est remplacée par cette rémunération individuelle, calculée en fonction des soi-disant performances de chacun. Autrement dit, le P4P est le seul espoir de revalorisation pour les médecins : ils n'ont pas le choix ! Si tout n'est pas négatif dans ce système, c'est avant tout un marché de dupes consenti par les syndicats signataires. Comme c'était le cas avec le CAPI (et les mêmes syndicats étaient à l'époque opposés au CAPI), les médecins qui atteindront l'ensemble des objectifs et toucheront la prime maximale annuelle de 9000 euros seront très peu nombreux. La majorité percevra entre un quart et la moitié de cette somme. Quant aux critères, qui ne paraissent pas

insurmontables aujourd'hui, ils vont bien sûr se durcir par la suite... L'Assurance maladie est largement gagnante par rapport à la revalorisation de la lettre clé de base, qui concernerait tous les médecins !

Dr Jean-Paul Hamon :

Les sondages réalisés l'an dernier montrent que 70 % des médecins sont en fait défavorables au P4P, mais ils ne se font plus d'illusions quant à la revalorisation des actes... Malheureusement, l'avenir de ce dispositif est à comparer à l'utilisation de la carte Vitale : d'abord volontaire et rémunérée, même faiblement, elle fait aujourd'hui l'objet de sanctions. Il en sera de même du P4P, pour le moment peu contraignant dans le but d'appâter les médecins !

Pr Claude Le Pen : Le succès du CAPI a étonné les syndicats, qui s'y sont ralliés en le ramenant dans le champ collectif et conventionnel. L'adhésion au P4P témoigne d'une évolution profonde de la médecine libérale, autrefois farouchement indépendante

et suspicieuse du payeur. Cette médecine libre a pratiquement disparu en même temps que le paiement direct, le paiement à l'acte, la liberté de prescription, voire la liberté d'installation... Et pour les jeunes médecins élevés dans l'ambiance « Sécurité sociale », le montant de la rémunération est plus important que sa forme.

En quoi le paiement à la performance peut-il influencer sur la relation médecin/patient ?

Dr Legmann : Le P4P induit un conflit d'intérêt entre le médecin et son patient. Ce dernier peut penser que le médecin n'a pas prescrit tel examen ou telle molécule récente en raison de son intérêt personnel à toucher sa prime !

Dr Hamon : Il est évident que cela peut nuire à la relation de confiance : le patient va imaginer que l'on veut « faire des économies sur son dos ». Ce n'est pas sain, et c'est en plus à nous de faire de la pédagogie !

Pr Le Pen : Ce système n'a aucune conséquence pour les

■■■

Le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ?

Avec la participation de...



Dr Michel Legmann, radiologue. Il est président du conseil national de l'Ordre des médecins.

P^r Claude Le Pen, économiste. Il enseigne à l'université Paris-Dauphine où il dirige le master d'économie de la santé.

Dr Jean-Paul Hamon, médecin généraliste à Clamart (92). Il est président de la Fédération des médecins de France (FMF).

... patients, et les associations n'ont d'ailleurs pas réagi. Invoquer un problème de confiance pour critiquer la maîtrise des dépenses n'a pas de sens : c'est à l'époque où le médecin faisait revenir souvent son patient et multipliait les actes qu'il y avait un problème, car le patient pensait qu'on gagnait de l'argent sur son dos ! La confiance n'est pas liée au fait de dépenser beaucoup chez son médecin...

Les critères de performance retenus dans le P4P vous paraissent-ils pertinents ?

P^r Le Pen : Contrairement à la Grande-Bretagne, qui avait choisi des indicateurs de résultat et a dû faire marche arrière, la France a privilégié des indicateurs de moyens conformes à la déontologie : on incite le médecin à vacciner et à prescrire des fonds d'œil, mais on ne prétend pas l'obliger à guérir ses patients. De plus, en fixant des objectifs intermédiaires, le système tient compte de la progression du médecin, ce qui est positif. Le fait que l'immense majorité des médecins ait accepté ces critères prouve leur pertinence.

Dr Hamon : Plusieurs critères posent problème. La synthèse annuelle du dossier patient par le médecin traitant n'est payée que 1,30 euro (1050 euros pour 800 patients), somme méprisante pour le travail effectué. Seule l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) agréé par la HAS donne droit à une prime, mais la procédure d'agrément est très en retard (2 logiciels sont agréés à ce jour). Pourquoi accorder une prétendue performance pour la vaccination grippale, alors que désormais les seuls interlocuteurs sont le pharmacien et l'infirmière ? Quant aux seuils de génériques à atteindre, il faut savoir qu'à ce jour, si un spécialiste prescrit une molécule de dernière génération à un patient, cette prescription est décomptée des chiffres du médecin traitant dudit patient !

Dr Legmann : Il faut rester prudent quant à la prescription des génériques, notamment quand la question de leur efficacité a été soulevée (c'est le cas en cardiologie) ou si le médicament princeps est mieux toléré, ou accepté par un patient âgé par exemple. J'émet aussi une réserve sur les critères d'organisation du cabinet : il ne faudrait pas que l'Assurance maladie s'imisce dans la façon dont

le médecin reçoit ses patients, gère son secrétariat, etc.

Quelles améliorations pourraient selon vous être apportées aux critères actuels ?

Dr Legmann : Je crains malheureusement que ces critères deviennent de plus en plus dirigistes, et basés uniquement sur une recherche d'économies. Un champ intéressant à développer serait celui de la délégation d'actes : des critères relatifs au suivi de routine des pathologies chroniques par l'infirmière, par exemple, pourraient être inclus au P4P. Dans le respect, bien entendu, de protocoles élaborés en amont par les professionnels.

Dr Hamon : Une convention intelligente aurait valorisé la coordination des soins via une messagerie sécurisée, bien moins coûteuse que le dispendieux DMP. Simplification et intelligence, quels bons critères !

P^r Le Pen : Les conditions d'exercice astreignantes pourraient être valorisées dans le P4P : exercice en zone rurale, participation à la permanence des soins, etc. On pourrait aussi rémunérer la coordination des soins, mais la difficulté est de la mesurer et de la transformer en indicateurs. De mon point de vue, l'avenir est à l'entreprise libérale de santé rémunérée collectivement.