UNIVERSITE DE RENNES 1
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire : 2010/2011

THESE
EN VUE DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Romain NIFENECKER
Né le 20/01/1983 à Cognac (16)

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2011

La rémunération des médecins généralistes: Une approche des raisons du refus d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition.

PRESIDENT	Monsieur le Professeur Leguerrier Alain
Membres du jury	Monsieur le Professeur Oger Emmanuel Monsieur le Professeur Schweyer François-Xavier Madame Tréguer Carine
Directeur de Thèse	Madame le Docteur Hugé Sandrine

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM Prénom	SECTION CNU
DARNAULT Pierre	ANATOMIE
MORANDI Xavier	ANATOMIE - SERVICE DE NEUROCHIRURGIE
ECOFFEY Claude	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE D'URGENCE
MALLEDANT Yannick	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE D'URGENCE
SEGUIN Philippe	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE D'URGENCE
WODEY Eric	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE D'URGENCE
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
COLIMON Ronald	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
KAYAL Samer	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BENDAVID Claude	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DAVID Véronique	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MOSSER Jean	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATROS Véronique	BIOLOGIE CELLULAIRE
MOULINOUX Jacques	BIOLOGIE CELLULAIRE
LE LANNOU Dominique	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE
BOURGUET Patrick	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
GARIN Etienne	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
SAINT-JALMES Hervé	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
BURGUN Anita née PARENTHOINE	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION
DE CREVOISIER Renaud	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
KERBRAT Pierre	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
MEUNIER Bernard	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
RAOUL Jean-Luc	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
DAUBERT Jean-Claude	CARDIOLOGIE
LE BRETON Hervé	CARDIOLOGIE

LECLERCQ Christophe	CARDIOLOGIE
MABO Philippe	CARDIOLOGIE
BOUDJEMA Karim	CHIRURGIE GENERALE
FREMOND Benjamin	CHIRURGIE INFANTILE
VIOLAS Philippe	CHIRURGIE INFANTILE
HUSSON Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HUTEN Denis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
THOMAZEAU Hervé	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
WATIER Eric	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRULOLOGIE
CORBINEAU Hervé	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGUERRIER Alain	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
VERHOYE Jean-Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CHEVRANT-BRETON Jacqueline née DANIEL	DERMATO-VENEREOLOGIE
DUPUY Alain	DERMATO-VENEREOLOGIE
BONNET Fabrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE
BRETAGNE Jean-François	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
BRISSOT Pierre	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
DEUGNIER Yves	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
GUYADER Dominique	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
MOIRAND Romain	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
SIPROUDHIS Laurent	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
ODENT Sylvie	GENETIQUE
LEVEQUE Jean	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE
POULAIN Patrice	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE
FEST Thierry	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
LAMY Thierry	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
SEMANA Gilbert	IMMUNOLOGIE

TARTE Karin	IMMUNOLOGIE
MICHELET Christian	MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES
TATTEVIN Pierre	MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES
VERGER Christian	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
GROSBOIS Bernard	MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
JEGO Patrick	MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
LE GUEUT Maryannick	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
BONAN Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
BRISSOT Régine née MAILLARD	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LE POGAMP Patrick	NEPHROLOGIE
VIGNEAU Cécile	NEPHROLOGIE
BRASSIER Gilles	NEUROCHIRURGIE
GUEGAN Yvon	NEUROCHIRURGIE
EDAN Gilles	NEUROLOGIE
VERIN Marc	NEUROLOGIE
CHARLIN Jean François	OPHTALMOLOGIE
GODEY Benoit	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
LE CLECH Guy	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
GANGNEUX Jean-Pierre	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
GUIGUEN Claude	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
LE GALL Edouard	PEDIATRIE
PLADYS Patrick	PEDIATRIE
ROUSSEY Michel	PEDIATRIE
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	PEDOPSYCHIATRIE
BELLISSANT Eric	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE
OGER Emmanuel	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE
CARRE François	PHYSIOLOGIE
ROCHCONGAR Pierre	PHYSIOLOGIE

DELAVAL Philippe	PNEUMOLOGIE
DESRUES Benoît	PNEUMOLOGIE
DRAPIER Dominique	PSYCHIATRIE D'ADULTES
MILLET Bruno	PSYCHIATRIE D'ADULTES
DUVAUFERRIER Régis	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GANDON Yves	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GAUVRIT Jean-Yves	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
LE TULZO Yves	REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE D'URGENCE
CHALES Gérard	RHUMATOLOGIE
GUGGENBUHL Pascal	RHUMATOLOGIE
PERDRIGER Aleth	RHUMATOLOGIE
BELLOU Abdel	THERAPEUTIQUE ; MEDECINE D'URGENCE
BOUGET Jacques	THERAPEUTIQUE ; MEDECINE D'URGENCE
GUILLÉ François	UROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCE

NOM Prénom	AFFECTATION
AMIOT née BARUCH Laurence	HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE
BEGUE Jean-Marc	PHYSILOGIE MEDICALE
BEGUE-SIMON Anne-Marie (Maître de Conférence)	DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE
BENTUE-FERRER née ROUSSET Danielle	PHARMACOLOGIE
BERNARD née LEVIOL Anne-Marie	CENTRE EUGENE MARQUIS
CABILLIC Florian	BIOLOGIE CELLULAIRE - POLE CELLULES ET TISSUS
CATHELINE Michel	BIOCHIMIE GENERALE ET ENZYMOLOGIE
CAUBETAlain	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
CUGGIA Marc	DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE
DAMERON Olivier (Maître de Conférence)	LABORATOIRE D'INFORMATIQUE MEDICALE

DEGEILH Brigitte	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DONAL Erwan	CARDIOLOGIE ET MALADIE VASCULAIRE
DUBOURG Christèle	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MEDICALE
GALLAND Françoise	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE, MALADIES METABOLIQUES
GANGNEUX née ROBERT Florence	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
GOASGUEN Jean	HEMATOLOGIE
GUENET Lucienne	BIOCHIMIE GENERALE ET ENZIMOLOGIE
GUILLET Benoit	LABORATOIRE D'HEMOSTASE, CENTRE DE TRAITEMENT DES HEMOPHYLES
HUGÉ Sandrine née LAFAYE (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
LAVENU Audrey (Maître de Conférence)	BIOSTATISTIQUE, LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
LAVIOLLE Bruno	PHARMACOLOGIE
LE CALVE née LE FRANC Michèle	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
LE GALL François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LE JEUNE-PRIGENT Florence	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
LE MEUT Paul (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
LE NEEL Hervé (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	PHYSIOLOGIE MEDICALE
LESSARD Yvon	PHYSIOLOGIE MEDICALE
LIMEUL Jean-Yves (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
MASSART née LE HERISSE Catherine	BIOCHIMIE GENERALE ET ENZYMOLOGIE
MAUGENDRE née CAULET Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
MILON née LE GUENJoëlle	ANATOMIE ET ORGANOGENESE
MOUSSOUNI Fouzia (Maître de Conférence)	INSERM U 49
PAPE Danielle	PHARMACOLOGIE
REYMANN Jean-Michel	PHARMACOLOGIE
RIOU Françoise	DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE
RUFFAULT née MENGUY Annick	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

SAIKALI Stéphan	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
SAULEAU Paul	PHYSIOLOGIE
SEGALEN née NICOLAS Jacqueline	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
TATTEVIN-FABLET Françoise (Maître de conférence Associé de Médecine Générale)	DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE
THOMAS Patricia née AMÉ	MICRO ENVIRONNEMENT ET CANCER, IMMUNOLOGIE
TURLIN Bruno	DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
VINCENT Pascal	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

À monsieur le professeur Leguerrier,
Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À monsieur le professeur Oger,
Vous avez accepté de faire partie de mon jury afin d'apprécier la qualité de mon travail, soyez assuré de ma reconnaissance sincère.

À monsieur le professeur François-Xavier Schweyer,
Vous m'avez permis d'aborder ce sujet sous un angle nouveau et enrichissant. Merci de votre aide précieuse et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

À madame le docteur Sandrine Hugé,
Vous avez accepté la direction de cette thèse, vous avez su me guider dans mon travail en m'apportant une aide indispensable. Je vous en remercie tout particulièrement.

À madame Carine Tréguer,
Vous avez aimablement accepté de m'aider dans mes recherches et ma réflexion. Merci de faire partie de mon jury de thèse.

À Anne, c'est grâce à toi que ce travail a été possible. Un grand merci pour ton aide et tes encouragements.

À monsieur le docteur Le Neel, à monsieur le docteur Olivier Saint-Lary, à monsieur Loïc Rivoalen et à monsieur Emmanuel Gomez, votre aide m'a été précieuse et enrichissante, merci pour votre patience et votre compréhension.

Aux médecins qui ont accepté de collaborer à cette thèse en me consacrant un peu de leur temps et en me faisant partager leur vision de la médecine générale. Merci.

À mes parents, pour votre soutien indéfectible depuis tant d'années. Merci de m'avoir ouvert l'esprit à tant d'autres choses que la médecine. Sans vous rien n'aurait été possible.

À mon frère, à Julie Anne, pour votre soutien et votre affection.
A mes grands parents, à ma famille. Je vous remercie pour vos encouragements.

À Thomas, pour ton amitié, ton soutien, ton écoute, depuis que la médecine fait partie de notre vie. Avec toute mon affection.

À Audrey, Emilie, Frédérique, Hélène, Laure, Marie, Marion, Nicolas, Rémy, Romain, Sabrina, Vincent... Je ne peux vous citer tous. Merci pour votre soutien et vos encouragements.

À mon grand père Jean.

« *L'exigence de liberté est une exigence de pouvoir* »
John Dewey

PLAN :

INTRODUCTION.....p 12

1 : PROBLEMATIQUE.....p 14

2 : MATERIEL ET METHODES.....p 37

3 : RESULTATS ET ANALYSE.....p 43

4 : DISCUSSION.....p 66

CONCLUSION.....p 82

BIBLIOGRAPHIE.....p 86

TABLEAUX ET FIGURES.....p 90

ANNEXES.....p 91

GLOSSAIRE.....p 101

TABLE DES MATIERES.....p 102

Introduction

Le paiement à l'acte est le mode de rémunération quasi exclusif des médecins généralistes libéraux en France (représentant 93,8% de leur source de revenus en 2007). (1)(2)
Ce mode de rémunération présente des avantages (accessibilité aux soins pour les patients) mais aussi des inconvénients (c'est un mode de rémunération perçu comme inflationniste).

En France, il existe néanmoins une rémunération complémentaire pour les médecins généralistes (représentant 6,2% de la source de revenus en 2007) notamment liée à la télétransmission, à la distribution de l'hémocult, au suivi des patients souffrant d'affection longue durée (ALD), mais qui reste marginale.
Or d'autres modes de rémunération sont possibles, comme la rémunération par capitation, le salariat, la rémunération à la performance ou aux résultats, majoritaires dans d'autres pays européens. Ces modes de rémunération ont notamment pour but un meilleur contrôle des dépenses de santé publique et une amélioration de l'efficience du système de soin.

Car le lot commun des pays européens est d'observer une croissance inquiétante des coûts de la santé, liée notamment au vieillissement de la population, de l'augmentation des pathologies chroniques, mais aussi par le coût croissant des traitements et des actes techniques médicaux (3).
Le système de santé français, encore considéré comme un des meilleurs en Europe, se caractérise par son efficacité (bonne satisfaction des usagers, espérance de vie de la population parmi les plus élevée) mais par son coût très important, d'où une efficience médiocre.

Depuis les années 1970 et la fin des trente glorieuses, l'Etat va multiplier les réformes du système de santé français pour tenter de limiter le déficit budgétaire.

L'augmentation des cotisations, puis le contrôle des dépenses (maîtrise du prix des médicaments, régulation du coût de l'hospitalisation, régulation du nombre de médecins) n'ont pas permis d'enrayer le déficit de la sécurité sociale qui s'élève en 2010 à 23,9 milliards d'euros en 2010. (4)

En parallèle de ces mesures, la politique de santé a mis l'accent sur la promotion de la santé (5) (prévention, dépistage, éducation thérapeutique, pour améliorer la santé publique et réduire les dépenses) et sur la territorialisation du système de soin (création des agences régionales de santé notamment, et vote de la loi HPST, pour améliorer l'accès au soin et permettre une meilleure gestion des coûts de la santé).

Le médecin généraliste libéral confronté à une crise identitaire (6, 7) a également vu son rôle de médecin « curatif » évoluer vers une prise en charge globale de ses patients en tenant compte des contraintes économiques. Le contenu des ses actes a donc été profondément modifié contrairement à son mode de rémunération.
Le paiement à l'acte n'étant pas perçu comme incitatif (8) pour cette mission, des rémunérations complémentaires visant à valoriser ces actes de santé publique ont été proposées au médecin généraliste libéral, notamment sous la forme d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) en avril 2009.

Lors de son apparition les critiques ont été vives de la part des représentants de la profession, syndicats et conseil de l'ordre des médecins, mais fin 2010 le tiers des médecins concernés avaient signé ce contrat, bien au delà des espérances de la CNAM.(9)

Alors pour quelles raisons des médecins ont refusé ce contrat ? Que pensent-t-ils de leur mode de rémunération actuel et quelles alternatives recueilleraient leur suffrage ?

1. Problématique

1.1 Les différents types de rémunération. (3) (5) (10)

1.1.1 Définition.

1.1.1.1 Paiement à l'acte.

- Définition :

La rémunération dépend du nombre d'actes effectués et des gestes techniques qui l'accompagnent éventuellement.

- Avantages :

Principal avantage : ce système améliore la qualité des soins (du moins la qualité perçue par le patient), le médecin se doit de satisfaire son patient. Ce mode de rémunération permet de multiplier les actes médicaux, ce qui limite la pénurie médicale de certaines régions géographiques, les médecins étant amenés à réaliser plus d'actes quotidiens et de durée plus courte. Il permet également au médecin d'amortir financièrement des appareils médicaux plus techniques, puisque leur utilisation permet une majoration du prix de l'acte médical.

Enfin, ce mode de rémunération laisse le libre choix du médecin par le patient.

Il est à noter que les médecins libéraux français voient dans le paiement à l'acte l'un des garant de leur liberté d'exercice, au même titre que la liberté d'installation.(11)

- Inconvénients :

Ce mode de rémunération est inflationniste. En effet si le prix de l'acte diminuait, il est probable que les médecins seraient amenés à multiplier les actes pour conserver leur chiffre d'affaire. A contrario, l'augmentation de la rémunération de l'acte n'entraine pas de baisse du nombre d'actes (11). Il est donc difficile d'agir sur le prix de la consultation pour contrôler le coût du système de santé.

De plus, ce mode de rémunération privilégie les actes techniques aux actes cliniques et intellectuels qui sont majoritaires en médecine générale.

Enfin, ce mode de rémunération privilégie les actes de courte durée. Ainsi les consultations de prévention et d'éducation thérapeutique chronophages ne sont pas favorisés par ce mode de rémunération (8).

Il ne couvre pas non plus les tâches administratives et les autres actions non médicales du médecin.

Le prix des actes médicaux, y compris les actes techniques, est fixé par la convention. Néanmoins, certains médecins sont non conventionnés à honoraires libres. Les inégalités d'accès aux soins sont surtout amplifiées par les dépassements d'honoraires de médecins en secteur 2, pointés dans un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2007 (12).

1.1.1.2 Paiement par capitation.

- Définition :

C'est un mode de rémunération forfaitaire qui tient compte à la fois du nombre de patients ayant déclaré un médecin comme médecin traitant, et de certaines caractéristiques de ces patients (âge, sexe, affections chroniques…).

Elle rémunère la continuité des soins. Le revenu dépend donc surtout de la taille et du profil de la patientèle.

- Avantages :

Ce mode de rémunération n'incite pas le médecin à multiplier les actes. Il permet de privilégier le côté prévention et éducation thérapeutique de ses patients.

C'est aussi une garantie de salaire fixe pour le médecin, elle finance l'installation et les frais fixes.

Pour les caisses d'assurance maladie, ce mode de rémunération permet de mieux prévoir et de contrôler les dépenses de soin liées à l'activité des médecins.

- Inconvénients :

Le risque est surtout de créer une diminution de la quantité de soin, avec des difficultés d'accès aux soins primaires pour les patients.

Ensuite, ce mode de rémunération peut imposer le choix d'un médecin par le patient, il n'y a donc plus de libre choix. De plus il existe un risque d'inégalité d'accès aux soins si le médecin « sélectionne» ses patients pour privilégier ceux à faible risque et ainsi limiter le nombres de consultations (les patients fragiles consultant plus souvent et pour des actes plus longs). Enfin ce système peut inciter le médecin à adresser son patient plus facilement vers les soins de deuxième ligne (spécialiste ou l'hôpital) nuisant ainsi à son rôle de « gate keeper », et donc nuisant au contrôle des dépenses de santé.

- Exemples :

C'est le mode de rémunération principal au Royaume Uni, mais il est également utilisé en Espagne, aux Pays Bas, en Belgique (13,14).

1.1.1.3 Salariat.

- Définition :

Le médecin salarié perçoit une rémunération forfaitaire contractuelle et mensuelle, indépendamment de la quantité de soin réalisée. Le médecin est salarié d'un employeur publique ou privé.

- Avantages :

Ce sont ceux des autres salariés : salaire fixe, congés payés, protection sociale, une certaine sécurité de l'emploi.

Pour les caisses il est là aussi plus facile de contrôler et de prévoir les coûts, dans la mesure où il évite un surnombre de médecins ou d'hospitalisations inutiles.

- Inconvénients :

Ce système nuit au temps médical fourni par le médecin, il incite à se syndiquer pour revendiquer des augmentations de salaire ; le médecin peut être tenté de « sélectionner » sa patientèle au profit des patients les moins fragiles.

Comme pour la capitation, il incite le médecin à recourir aux soins de deuxième ligne.

- Exemples:

C'était le mode de rémunération principal des pays sous régime communiste notamment (ex pays d'Europe de l'Est, Cuba…) mais aussi en Suède, au Portugal.

1.1.1.4 Rémunération mixte.

- Un idéal ?

Comme on le voit, chaque mode de rémunération a des avantages et des inconvénients. Le problème est surtout que cette séparation avantages/inconvénients est différente que l'on se place du côté du médecin, du patient ou de la caisse d'assurance maladie. Il pourrait être tentant d'associer ces différents modes de rémunérations pour tirer le maximum d'avantages de chacun d'eux, voir de créer de nouveaux modes de revenus.

L'exemple anglais nous montre qu'il est possible de combiner paiement par capitation et paiement à l'acte pour certains actes médicaux, associé en plus à un paiement aux résultats que nous détaillerons ultérieurement.

Là encore ce panachage de modes de rémunérations a des inconvénients, principalement la complexité du système et le faible recul sur son efficacité en terme de santé publique et de maîtrise des coûts.

Il reste néanmoins le mode de rémunération recommandé par l'OCDE et l'OMS. (10) (15)

- Exemples :

En Suède, les généralistes sont rémunérés à 60% par salariat, 20% par capitation, 15% à l'acte et le reste par forfait.

Au Danemark, 65% de paiement à l'acte, 30% par capitation, et le reste à la performance.

En France, en plus du paiement à l'acte apparaît depuis quelques années des rémunérations complémentaires visant à améliorer le rôle de dépistage, de prévention et d 'éducation thérapeutique, actions peu favorisées par le paiement à l'acte. Comme le forfait annuel pour chaque patient en ALD ou le dépistage du cancer du côlon (par Hémocult) par exemple.

À noter également la rémunération complémentaire des médecins par la CPAM pour signer un contrat de « médecin référent » avec ses patients suite à la convention de mars 1997 et jusqu'en 2004 avec la réforme du médecin traitant.(16)

1.1.2 En France.

- Un paiement à l'acte historique, garant des libertés. (11)

En France, le paiement à l'acte est l'un des fondements de la médecine libérale depuis le congrès du 30 novembre 1927 avec l'adoption de la charte de la médecine libérale. La liberté d'installation, le paiement du médecin directement par le patient sont autant de symboles de la « liberté » du médecin généraliste libéral, ce qui explique l'attachement de nombreux praticiens à ce mode de rémunération, inscrit dans des conventions départementales depuis la création de la sécurité sociale (1945) et dans la convention nationale depuis 1969 (8). Liberté également pour le patient qui peut donc consulter le médecin de son choix et autant de fois qu'il le souhaite.

Depuis les modifications apportées sur le mode de rémunération ont essentiellement porté sur le montant de l'acte conventionné.

- Le paiement à l'acte dans la relation médecin/malade.

Le paiement à l'acte a une influence indéniable dans la relation médecin/malade et dans les conséquences thérapeutiques de la consultation.

En effet, contrairement à certains voisins européens (17), la consultation de médecine générale se conclu quasi systématiquement par une prescription médicamenteuse ou la demande d'examens complémentaires.

Le patient est libre du choix de son médecin et le médecin cherche à satisfaire son patient dans sa réponse thérapeutique. Le « patient » peut devenir « client », d'autant plus qu'il paie de la main à la main sa consultation. Ceci implique en retour une prescription, qui permet inconsciemment pour le médecin de montrer son empathie, de fidéliser le patient et de légitimer sa profession (17). Le patient ne consulte pas pour un conseil, mais plutôt pour une « réparation immédiate » de ses symptômes, ce qui passe pour lui par un traitement médicamenteux. Ce comportement induit également une forte dépense de santé pour le remboursement des médicaments, la France restant le pays européen où cette dépense est la plus forte. (18)

Ce mode de rémunération influe également beaucoup sur la perception du médecin par le patient. Cela joue également un rôle indéniable pour l'image du médecin dans la société actuelle, généralement perçu comme un « nanti ». C'est une représentation également liée à la société française depuis le début du siècle où, dans les villages, le médecin, comme le maire, l'instituteur ou le curé étaient considérés comme des « notables ». Les médecins étaient les seuls à détenir le savoir médical. La création de l 'assurance maladie en rendant tous les patients solvables a considérablement augmenté leur revenu.

La réalité est ce jour bien différente, mais pas dans la représentation que la population s'en fait.

- L'alternative au paiement à l'acte

Ceci explique peut être pourquoi certains médecins semblent attachés aujourd'hui au paiement à l'acte et ont du mal à imaginer que ce mode de rémunération puisse un jour disparaître au profit d'une alternative différente. Ils ne semblent en revanche pas opposés à des alternatives complémentaires à la rémunération à l'acte.

Leur mode d'exercice et leur organisation se prêtent mal à l'instauration d'une rémunération alternative : exercice isolé, absence de collaboration active avec les paramédicaux et activité opportuniste (réponse à la demande du patient) plus que proactive (gestion de la population), système informatique limité à la gestion de sa propre patientèle. Cela explique sans doute pourquoi les rémunérations alternatives en place actuellement restent marginales, sans grand engouement de la part des professionnels, et que le CAPI soit initialement « timide » tant sur le plan des objectifs que de la rémunération, surtout comparé a son modèle anglais.

1.1.3 Exemples étrangers (19).

1.1.3.1 Exemple de la Grande-Bretagne.

A la fin des années 1980, le système de santé britannique (National Health System NHS) souffrait de nombreuses critiques, notamment du fait d'un manque important de financement secondaire aux drastiques restrictions budgétaires.

Difficultés d'accès aux soins, listes d'attentes interminables des patients en vue d'hospitalisation ou de chirurgie programmée, mécontentement des professionnels de santé quant à leurs conditions d'exercice, tout ceci a mené la Grande Bretagne dans le peloton de queue européen concernant la qualité des soins et la satisfaction des usagers (5).

Tony Blair lança en 2000 une réforme baptisée « NHS plan ». Il mit en place une augmentation substantielle du budget du NHS par l'impôt (budget doublé depuis 2000), une augmentation importante de l'offre (création de nouveaux hôpitaux, recrutement de nouveaux professionnels de santé dont 2000 généralistes et 20 000 infirmières).

En 2004 apparaît la notion de paiement à la performance (Payment for Performance ou P4P) pour les médecins généralistes instauré dans le programme Quality and Outcomes Framework (QOF). Le QOF a été négocié avec le syndicat représentatif des médecins généralistes anglais : la British Medical Association (BMA). (20) (21)

Ce système a la particularité de concerner le cabinet médical dans son ensemble, et pas uniquement le médecin.

- Le QOF

Le programme QOF entraine le médecin dans une démarche collective qui a comme objectifs :

- La valorisation des soins primaires
- L'amélioration de la qualité des soins
- Encourager la réorganisation du cabinet médical pour une meilleure efficience.
- Améliorer le suivi des pathologies chroniques en mettant l'accent sur l'éducation thérapeutique, la prévention secondaire, l'observance thérapeutique.
- Limiter le recours aux spécialistes et aux hospitalisations (rôle de « gate keeper » du généraliste).

Par contre il maintient le médecin dans son statut de médecin libéral.

- Le paiement à la performance (P4P).

Le P4P britannique est inscrit dans le programme QOF. Il comporte 135 indicateurs répartis dans 4 thèmes :

- La qualité clinique (portant sur des pathologies chroniques).
- La relation aux patients.
-Les services additionnels (dépistage du cancer du col de l'utérus, suivi du développement de l'enfant, suivi de la grossesse, contraception orale).
-L'organisation du cabinet (dossier médical, gestion du cabinet, bon usage du médicament).

Ainsi, chaque indicateur permet au cabinet d'obtenir des points si l'objectif cible est atteint, chaque point donne une rémunération qui vient compléter la rémunération par capitation du médecin.

Remarque importante : le médecin a la possibilité « d'exclure » certains de ses patients du calcul de ses résultats : ainsi les patients les moins compliants ou les plus complexes médicalement ne pénaliseront pas les résultats du cabinet.

- Résultats

- Pour le médecin : le médecin généraliste britannique a du modifier sa pratique médicale, tant sur le fond que sur la forme. Il a été aidé par l'augmentation significative de ses revenus, qui ont en moyenne augmenté de 21% entre 2003 (avant le P4P) et 2006 (deux ans après le P4P). (22).

Ses sources de rémunération ont également évolué : si ses revenus par capitation restent majoritaires (51% des revenus en 2007), la part du P4P atteint 13% des ressources du cabinet.

De plus, il a appris à déléguer une partie de ses missions aux professions paramédicales et administratives (éducation thérapeutique, aide sociale, tâches administratives) et a du se regrouper en cabinets pluridisciplinaires. Ses consultations sont plus courtes, mais font essentiellement appel à ses connaissances médicales pures, d'où une « intensité » de travail plus importante.

Enfin, la publication des résultats des médecins créé un climat de concurrence.

- Pour le système de santé britannique (NHS) : le résultat est mitigé. Si au niveau de la qualité des soins et de la satisfaction des usagers, le pari semble gagné avec une amélioration de la qualité des pratiques, au niveau économique pur, la réforme fut

beaucoup plus coûteuse que prévue (3,2 milliards de dollars dépensés, pour une prévision de 2,3 milliards de dollars provisionnés).

Il est par ailleurs difficile de savoir si l'amélioration des pratiques est réellement due au P4P, car cette amélioration était déjà observée avant l'instauration de ce système. Elle semble actuellement « en plateau », les objectifs finaux étant en bonne partie atteints. (23-28)

- Pour le patient : ces réformes ont eu le mérite d'augmenter la satisfaction des usagers, notamment en diminuant les délais d'attente. Néanmoins ce système limite le choix du médecin référent. Il peut consulter les résultats du cabinet qu'il choisit sur internet, et vérifier notamment ses différentes performances.

1.1.3.2 Exemple des Etats Unis.

Le système de santé américain est peut être plus difficile à appréhender, du fait des grandes différences qui l'oppose aux systèmes de santé de la majorité de l'Europe occidentale. (25) (29) (30)

Le système public de protection maladie américain ne couvre que 25% de la population, via les programmes « Medicaid et SCHIP » pour les plus démunis, « Medicare » pour les personnes de plus de 65 ans, les invalides, les fonctionnaires. Il existe en parallèle des systèmes de protection privés, souvent à buts non lucratifs et financés généralement par les employeurs. Les plus aisés peuvent s'assurer eux même par des assurances privées complémentaires, 15% de la population reste cependant sans couverture santé, soit environ 47 millions de personnes.

Ainsi ce système de santé fournit une très bonne qualité de soins aux plus aisés et la dépense publique de la santé ne représente que 7,5% du PIB (11,8% pour la France en 2009)(31). Mais la dépense totale (publique et privée) est la plus élevée du monde (l'équivalent de 16% du PIB). Le médecin quant à lui est rémunéré de multiples façons selon son mode d'exercice (salariat, paiement à l'acte, paiement à la performance depuis quelques années).

Pour contrôler ces dépenses et améliorer l'efficience du système de santé, les assureurs privés lancent depuis les années 1990 des rémunérations à la performance visant essentiellement la médecine de premier recours. L'Etat a suivi dans cette démarche ultérieurement.

Il existait plus de 160 dispositifs de paiement à la performance selon les prestataires en 2009. En voici trois exemples :

- Les Health Maintenance Organizations (HMO)

Dans ces réseaux intégrés de soin les médecins sont souvent payés par capitation ou salariés et sont tous sont soumis à une rémunération complémentaire à la performance. Les critères cliniques sont toujours présents (suivi des pathologies chroniques, bonne usage du médicament, dépistage et prévention). Il existe également des indicateurs de satisfaction des usagers et d'optimisation de l'information. D'autres systèmes rémunèrent l'amélioration de la pratique en plus de l'atteinte d'objectifs.

- L'expérience publique dans le Medicaid.

Cette couverture sociale s'adressant aux plus démunis, les programmes de paiement à la performance privilégient la prévention chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes. Ils concernent principalement les médecins de proximité.

- Les résultats :

Les quelques évaluations publiées des différents dispositifs montrent des résultats qui restent modestes, mais la majorité des assureurs souhaitent poursuivre dans cette voie et notamment augmenter la part de rémunération liée au paiement à la performance. (30) (32)

1.2 Le médecin généraliste et la santé publique en France.

1.2.1 Le médecin au centre du système de santé : des raisons historiques.

1.2.1.1 Un rôle prépondérant.

Le médecin français a toujours eu une place privilégiée dans le système de santé. Il a su conserver certaines de ses prérogatives en marquant ses différences avec les autres professionnels de santé. Formation dans des universités (pour les médecins et pharmaciens) quand les professions paramédicales et sages femmes ont longtemps été formées en écoles (jusqu'en 2001), rôle de diagnostic et de prescripteur de soins paramédicaux (infirmier et kinésithérapeutes) qui lui reste réservé lui garantissant ainsi le « contrôle » des professions paramédicales.

Il a donc un rôle clef dans les soins de premier recours, ce qui fait de lui une cible des réformes de santé.

1.2.1.2 Un médecin attaché à ses libertés.

Le médecin a une longue histoire de lutte pour ses libertés, surtout depuis la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite (33).

Dans la charte de 1927 (11), on voit bien le refus des médecins de tout attachement aux caisses, sa volonté d'auto contrôle corporatiste et le rapport thérapeutique et financier qu'il établi avec le patient seul, refusant toute relation triangulaire avec les caisses. Ces intérêts seront préservés lors de la création de la sécurité sociale en 1945. Le paiement à l'acte est ici entériné comme unique mode de rémunération et dont le montant est variable.

1.2.1.3 L'impact du conventionnement.

Les ordonnances de 1945 mettent en place la Sécurité Sociale, qui fait perdre aux médecins la liberté de fixer librement les honoraires (16).

Depuis 1971, syndicats de médecins libéraux et caisses d'assurances maladie signent une convention nationale valable 5 ans, et qui régit notamment les tarifs des honoraires et les obligations réciproques des deux parties signataires.

Néanmoins depuis le début des années 1980, l'explosion de la démographie médicale et les mesures de contrôle de dépenses de santé rendent les négociations difficiles et houleuses. Des craintes gagnent les trois parties concernées (médecins, assurance maladie et Etat) en cette période économiquement difficile (5).

Le paiement direct reste majoritaire, la liberté d'installation reste entière, la liberté de prescription est également en grande partie conservée (seuls quelques médicaments ne sont prescriptibles uniquement par des spécialistes, d'autres prestations restent soumises à une entente préalable avec la caisse).

Quant au patient, il garde la liberté de choix du médecin généraliste qui n'a pas réellement été mise à mal par la création du médecin traitant en 2004 (16). La seule limitation à la consultation médicale est la part des sommes restant à sa charge.

Néanmoins la convention de juillet 2011 apporte des éléments nouveaux que nous détaillerons ultérieurement.

1.2.1.4 Une crise identitaire.

Le corps médical semble avoir su conserver les fondements de ses libertés malgré les nombreuses réformes du système de santé. Le médecin reste pour la population un professionnel enviable, à grande responsabilité et aux revenus confortables en rapport avec une formation longue, des responsabilités et une charge de travail importantes (6).

Néanmoins les médecins généralistes semblent vivre un malaise profond :

- Dénigrement du choix de la médecine générale par les externes lors des ECN, au profit des spécialités. Peut être un effet de l'image négative des médecins généralistes lors de leur formation au CHU.

- Dénigrement de l'exercice libéral par les internes de médecine générale au profit de postes salariés (pas d'augmentation d'installation des jeunes médecins entre 1995 et 2005, alors que le nombre d'engagement dans des postes salariés a progressé de 25%). (7)

Plusieurs raisons sont évoquées pour justifier cette crise identitaire (6) (34):

- Détérioration de la relation médecin/malade (des patients devenus consommateurs, plus exigeants, multipliant les contentieux juridiques, plus demandeurs de temps, de soins et d'informations, informés via internet) avec un impact sur la pratique médicale non négligeable.

- Une surcharge de travail due à l'augmentation de la consommation de soin des patients, au vieillissement de la population avec des patients plus complexes à traiter, avec des tâches administratives plus nombreuses.

- Des missions de santé qui s'ajoutent aux soins curatifs (acte de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique, de formation continue obligatoire, de coordination des soins...).

- Un pression de l'administration pour la maîtrise des coûts de santé, la multiplication des recommandations de pratique.

- Des revenus n'étant pas perçus comme suffisants comparé aux autres spécialistes et aux généralistes d'autres pays européens.

- Les réformes futures perçues comme limitant les libertés.

- Une demande des médecins de ne plus devoir privilégier leur vie professionnelle à leur vie personnelle. Besoin de plus de temps et de loisirs.

Ainsi les avantages indéniables de l'exercice libéral ne semblent plus compenser ses inconvénients.

1.2.2 Des objectifs de santé publique en pleine évolution.

La santé publique redevient une priorité pour l'Etat, à la fois pour le contrôle épidémique et pour la diminution des décès prématurés (liés aux impacts de

l'environnement et au comportement des patients), avec secondairement un impact bénéfique en terme d'économie de santé. Ainsi trois axes d'intervention sont privilégiés, sous le terme de promotion de la santé et le médecin généraliste y trouve toute sa place :

- Prévention
- Dépistage
- Education à la santé

L'accès aux soins pose également problème. Dans les années 1970 ont été créés des secteurs sanitaires regroupant hôpitaux et moyens techniques pour garantir l'accès aux soins sur tout le territoire. Puis cette politique s'est poursuivie dans les années 1990 avec la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire visant notamment à organiser le parcours de soin pour en optimiser le fonctionnement.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) permettent également cette territorialisation de l'action publique touchant cette fois ci les médecins libéraux.

1.2.3 Vers une remise en cause du paiement à l'acte exclusif.

1.2.3.1 Un désajustement entre paiement à l'acte et besoins de santé.

Ainsi comme nous le voyons, le paiement à l'acte ne semble plus correspondre aux demandes de la santé publique ni à l'évolution de la pratique en médecine générale libérale. En privilégiant les actes techniques, il freine le développement des actes de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique et d'auto formation. Il ne rémunère pas non plus les tâches professionnelles complémentaires qui sortent du soin immédiat.

Si le paiement à l'acte est plutôt économique pour la société comparé aux autres modes de rémunération, il est difficile d'en contrôler le contenu. La politique de santé vise donc à y remédier pour en améliorer la qualité, ce qui est difficile dans un système de paiement à l'acte où la consultation est à prix fixe.

1.2.3.2 Les alternatives au paiement à l'acte en France.

Avec la création du contrat « médecin référent » apparaissait une nouvelle forme de rémunération par capitation (en complément du paiement à l'acte)[1] .Malgré son impopularité auprès des médecins, d'autres mesures forfaitaires ont été lancées :

- Suivi des patients atteints d'affections longues durée (ALD).
- Aides à l'informatisation des cabinets médicaux et à la télétransmission.

[1] Signée par le syndicat MGFrance uniquement.

- Forfait pour la régulation de la permanence des soins.
- Rémunération des gardes et astreintes.

Ces rémunérations sont forfaitaires et représentaient en 2007 6,2% de la rémunération totale des médecins libéraux. En 2000, les modes de rémunération alternatifs ne représentaient que 0,2% des revenus annuels de la profession, et tout porte à croire qu'en 2011 ce chiffre augmente encore.

D'autres types de rémunération existent mais souvent à titre expérimental et à l'échelle départementale ou régionale.

1.2.3.3 Vers le CAPI.

Depuis plusieurs années la caisse nationale d'assurance maladie réfléchi à des modes de rémunération dits « à la performance », sur l'exemple du P4P britannique.

- Le terrain législatif

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 permet aux organismes locaux d'assurance maladie de proposer aux médecins des contrats individuels pouvant aboutir à une rémunération sous condition d'amélioration des pratiques.

- Des exemples précurseurs

- Les groupes qualités

A la fin des années 1990 sont apparus les « groupes qualités » à l'initiative de l'URCAM à l'époque. Ils consistent en une réunion de médecins libéraux d'un territoire donné autour d'un sujet prédéfini, et d'un animateur lui même médecin. Il est rappelé aux participants les recommandations de bonne pratique correspondant au sujet traité.

Puis chaque médecin reçoit ultérieurement ses résultats concernant sa pratique, ceux de ses confrères locaux (de manière anonyme) et l'évolution de ses résultats dans le temps.

A noter que les médecins participants aux groupes qualité ne sont pas rémunérés mais qu'ils perçoivent un dédommagement pour la perte d'activité engendrée par ces réunions. Ici la performance est relevée mais pas rémunérée. De plus il s'agit aussi d'une évaluation de groupe et pas à l'échelle individuelle.

- Les Contrats de Bonne Pratique (CBP).

Depuis 2002, ces contrats peuvent être contractés entre l'assurance maladie et des médecins à titre individuel. Le respect des recommandations de bonne pratique engendrait une rémunération complémentaire forfaitaire.

- La rémunération ALD.

Une rémunération forfaitaire annuelle de 40 euros est versée pour chaque patient atteint d'une affection longue durée ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, instaurant ainsi une rémunération par capitation (36).

- La rémunération liée au dépistage.

Il existe une rémunération complémentaire pour des actes de dépistage. L'un d'eux, l'Hémocult, est lié au dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang dans les selles. Le médecin perçoit une rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de patients qui ont réalisés ce test et qui l'ont expédié au centre de dépistage dont il dépend.

Ainsi le médecin n'est pas rémunéré pour la distribution de ce test, mais pour sa réalisation complète, ce qui implique qu'il ait motivé son patient est de ce fait expliqué les tenants et les aboutissants de ce dépistage.

Ici la notion de « performance » apparaît.

1.3 Le C.A.P.I.

1.3.1 Définition.

1.3.1.1 Généralités.

Lancé en mars 2009, le C.A.P.I. est un acronyme de « Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelle » (37). Il lie de manière contractuelle le médecin généraliste libéral au directeur de la caisse d'assurance maladie. Il est souscrit individuellement et n'est pas inscrit dans la convention précédente. Le contrat est signé pour une durée de 3 ans.

Il a été créé à l'initiative de la caisse nationale d'assurance maladie (C.N.A.M.) avec deux objectifs principaux (38-40):

- Un objectif de qualité des soins et de santé publique (avec l'amélioration de la qualité des pratiques des médecins généralistes signataires).
- Un objectif économique avec la maitrise des dépenses de santé

L'amélioration de la qualité associée à la diminution des coûts doit permettre une amélioration de l'efficience du système de santé, but ultime de ce contrat.[1]

[1] Le CAPI tel qu'il est présenté aux médecins généralistes est visible en **annexe 2**.

1.3.1.2 Médecins concernés.

Les médecins généralistes libéraux conventionnés sont les seuls concernés par ce contrat actuellement et sous certaines conditions d'éligibilité :

- Etre installé depuis au moins 2 ans.
- Avoir un volume de prescription minimal des traitements médicamenteux inclus dans le CAPI et avoir un certain nombre de patients (qui ont déclaré le praticien comme médecin traitant) concernés par les mesures de prévention inclues dans le CAPI.
- Etre éligible dans au moins 13 des 16 indicateurs du CAPI détaillés dans le tableau visible en **annexe 3**.

1.3.1.3 Les indicateurs.

- Définition :

Les 16 indicateurs sont répartis dans différentes catégories :

- L'optimisation de la prévention
- L'optimisation du suivi des maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle)
- L'optimisation des prescriptions (lutte contre la iatrogénie, prescription de molécules inscrites dans le répertoire des génériques)

Ces indicateurs ont été élaborés par la CNAM, en se basant sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l' AFFSAPS, ainsi que certaines recommandations d'organismes internationaux.

- Optimisation de la prévention :

- Vaccination contre la grippe des patients de plus de 65 ans : l'objectif cible est que 75% de ses patients de plus de 65ans soient vaccinés annuellement contre la grippe saisonnière.
- Dépistage de cancer du sein : l'objectif cible est que 80% de ses patients ayant entre 50 et 74 ans inclus aient eut une mammographie dans les 2 ans précédents.
- Lutte contre la iatrogénie : l'objectif cible est que moins de 7% de ses patients de plus de 65ans soient traités par vasodilatateurs, et que moins de 5% d'entre eux soient traités par des benzodiazépines à demie vie longue.

- Optimisation du suivi des maladies chroniques :

- Dans le suivi du diabète, l'objectif cible est que plus de 65% des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) aient au moins 3 dosages de l'HbA1c et au moins un fond d'œil annuel, que 75% des patients diabétiques à haut

risque cardiovasculaire soient traités par statines et que 65% des patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire et traités par statines bénéficient d'un traitement par aspirine à faible dose.

- Dans le suivi de l'hypertension artérielle, l'objectif cible est que plus de 50% de ses patients hypertendus aient une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg.

- Optimisation des prescriptions médicamenteuses:

- Privilégier le recours aux génériques au lieu des princeps: 80% pour les antidépresseurs, 90% pour les antibiotiques, 80% pour les IPP, 60% pour les antihypertenseurs, 70% pour les statines.
- Privilégier le recours aux IEC par rapport aux sartans dans le traitement de l'hypertension artérielle.
- Privilégier l'utilisation de l'aspirine à faible dose pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires.

Ces indicateurs, leurs objectifs intermédiaires, leurs objectifs cibles et leur fréquence d'évaluation sont mentionnée en annexe 4.

- Modes d'évaluations des indicateurs :

Sur les 16 critères, un est déclaratif par le praticien : celui concernant l'hypertension artérielle.

Les indicateurs non déclaratifs sont évalués de manière mensuelle ou trimestrielle, le critère déclaratif est évalué de manière trimestrielle. Chaque indicateur a un objectif intermédiaire, à atteindre au premier anniversaire du contrat, et un objectif cible à atteindre au deuxième anniversaire.

Le médecin peut consulter ses résultats avant la signature du contrat, puis à sa demande sur le site internet de la CPAM « ameli.fr ». Il doit également rencontrer au moins annuellement un délégué de l'assurance maladie ou un médecin conseil pour discuter de ses résultats et des progrès à réaliser.

1.3.1.4 Les conséquences.

- Pour le médecin :

Ce contrat n'amène aucune obligation. Il n'y a aucune pénalité s'il n'améliore pas ses résultats. Il doit simplement rencontrer un représentant de la CPAM au moins une fois par an. Il peut rompre unilatéralement ce contrat sur simple envoi d'un courrier recommandé à la CPAM, sans obligation de justification, ni de pénalité.

- Pour la CPAM :

Elle s'engage à rémunérer les médecins signataires comme décrit ci-dessus, et à lui fournir ses résultats personnels mis à jour régulièrement, via le site « ameli.fr », accessible de manière sécurisée.

- La rémunération :

- Généralités

Il y a rémunération si l'objectif intermédiaire ou si l'objectif cible est atteint.
Elle est versée au médecin par la CPAM à la date anniversaire de la signature du contrat.
Il n'y a pas de rémunération si le médecin rompt le contrat moins d'un an après la signature. La rémunération prend effet dès lors que le médecin généraliste a des taux de réalisation supérieurs à 25% dans les deux champs (suivi des pathologies chroniques et prévention/optimisation des prescriptions).

- Calcul du taux de réalisation

Pour chaque indicateur, un taux de réalisation est évalué annuellement à partir de quatre grandeurs :
- Le niveau initial (=Ni) du médecin (niveau lors de la signature)
- Le niveau constaté (=Nc) du médecin à la fin de l'année
- L'objectif intermédiaire (=Oi) du médecin, déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur (l'objectif intermédiaire est commun à l'ensemble des médecins)
- L'objectif cible (=Oc) du médecin (commun à tous les médecins également).

En découle deux situations :

1- Le niveau constaté est inférieur ou égal à l'objectif intermédiaire.
   Taux de réalisation= 50% x (Nc-Ni)/(Oi-Ni)
   Dans ce cas, le taux de réalisation est compris entre 0% (si il n'y a pas eu de progression à la date anniversaire, au regard de son niveau initial) et 50% (si il y a eut progression jusqu'à l'objectif intermédiaire, alors Nc=Oi).
2- Le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire
   Taux de réalisation= 50%+50% x (Nc-Oi)/(Oc-Oi)
   Dans ce cas le taux de réalisation est compris entre 50% (si le niveau constaté est égal à l'objectif intermédiaire, donc que Nc=Oi) et 100% (si le niveau constaté est égal à l'objectif cible, donc que Nc=Oc)

Le taux de réalisation moyen est établi en privilégiant le champs « dépistage et de suivi des pathologies chroniques » puisque ce dernier est pondéré de 60% et le champ « optimisation des prescriptions » est pondéré de 40%.

- Calcul final :

On obtient le total de la prime annuelle en multipliant le taux de réalisation globale par le nombre de patients et par sept euros.

La rémunération dépend donc :

- Du nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.
- Du taux de réalisation des objectifs.

Ainsi un médecin répondant aux objectifs intermédiaires lors de la signature du contrat aura une rémunération sans pour autant modifier ses pratiques. De même, un médecin avec une forte patientèle et un faible taux de réalisation sera mieux rémunéré qu'un médecin avec de meilleurs taux de réalisation et une petite patientèle.

A noter qu'un médecin au taux de réalisation globale nul n'aura pas de rémunération, de même qu'un médecin au taux de réalisation négatif (mais ce dernier n'aura pas de pénalité financière).

1.3.2 Bilan à deux ans.

1.3.2.1 Les médecins signataires.

Ils étaient 12600 en décembre 2009 (58), déjà un taux important qui traduit un engouement pour ce contrat dès son apparition. A noter que le nombre de médecins généralistes (hors MEP) était de 53 422 en France au 31 décembre 2010 (dont 817 en Ile et Vilaine, 809 dans le Finistère, 491 dans les Cotes d'Armor et 628 dans le Morbihan).(source CPAM Ille et Vilaine, juin 2011)

La CPAM a comparé en novembre 2009 les différences de profil entre les médecins signataires (alors au nombre de 12 163) et les médecins éligibles non signataires (alors 30 455) sur le territoire national.

Voici les résultats :

	Signataires	**Non signataires**
Part de femmes	21,0%	21,4%
Part des secteurs 2	5,4%	6,8%
Age moyen	52,3 ans	53,4 ans
Part des médecins en milieu rural	17,5%	18,2%
Activité moyenne (nombre d'actes cliniques et techniques)	5 800	5 660

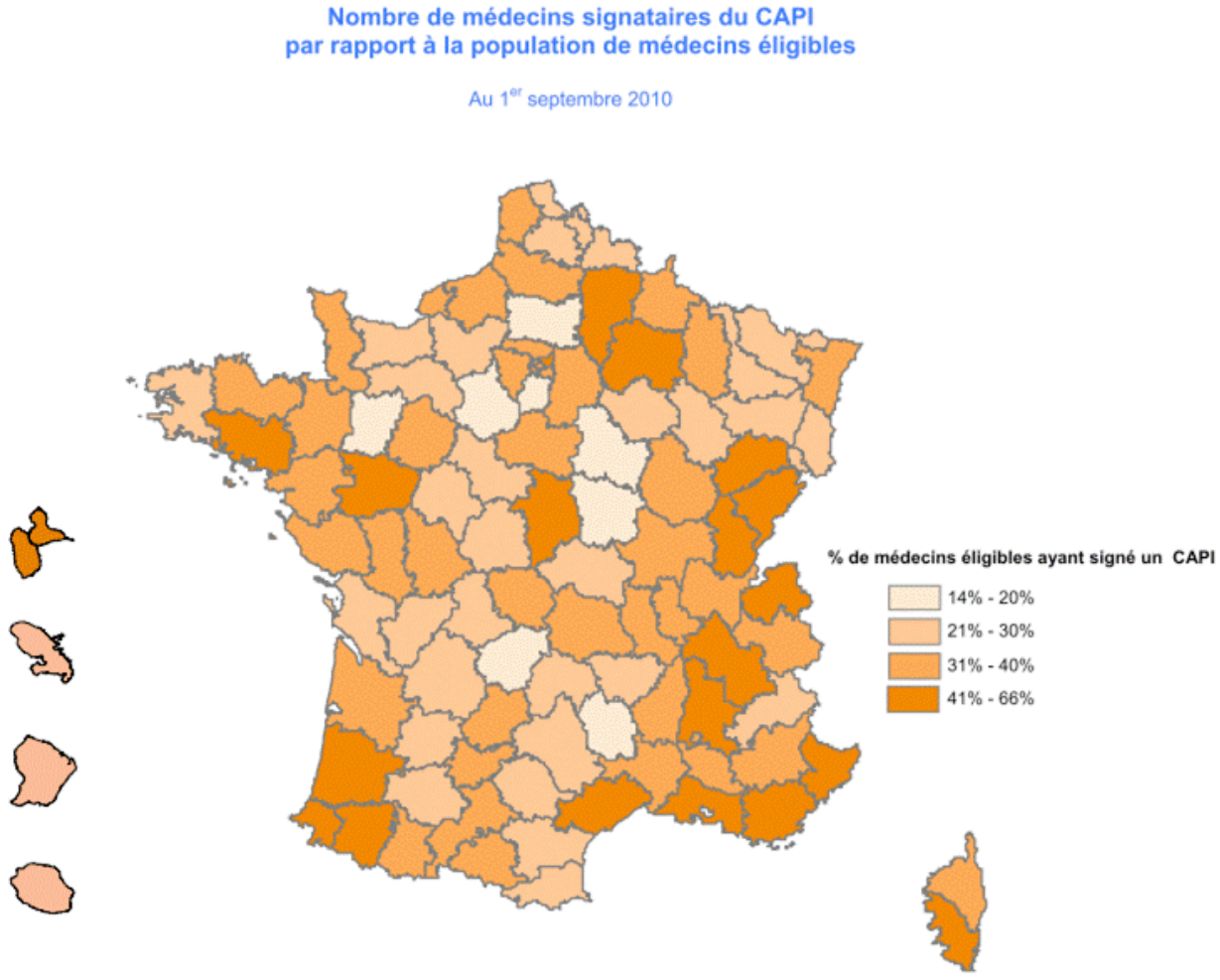
Tableau 1 : comparaison des médecins signataires et non signataires (novembre 2009, source CPAM)

Comme on peut le voir dans ce tableau, il n'existe pas de différence marquante entre le profil des médecins signataires et celui des non signataires.

Si il n'y a pas de disparité entre médecins signataires et éligibles non signataires, on retrouve cependant des disparités importantes au niveau géographique, sans réelle prédominance régionale, mais avec des écarts entre départements.

C'est ce que montre la figure 1:

Figure 1 : Nombre de médecins signataires du CAPI par rapport à la population de médecins éligibles au 1er septembre 2010 (source CPAM)



En Bretagne, les disparités existent également, avec un écart important entre deux départements limitrophes : le Finistère (faible proportion de signataires) et le Morbihan (forte proportion de signataires)

1.3.2.2 Les « déçus du CAPI ».

En Bretagne en mai 2011, 14 médecins ont abandonné le CAPI depuis début 2009 (source : CPAM 35). Parmi eux certains ont cessé leur activité, notamment pour le départ en retraite, d'autre ont rompu le contrat de manière volontaire mais le nombre exact des « déçus du CAPI » n'a pas été communiqué.

1.3.3 En Bretagne.

1.3.3.1 Nombre et répartition des médecins signataires par rapport au nombre de médecins éligibles bretons.

Sur la région Bretagne, 36,4% des médecins éligibles étaient signataires au 31 décembre 2010 (723 signataires pour 1987 éligibles). On observe une proportion similaire à l'échelle nationale avec 37% de médecin éligibles signataires à la même date.

La répartition des médecins signataires n'est pas homogène au niveau régional avec des disparités significatives entre départements. Ainsi le pourcentage de médecins éligibles signataires est plus élevé que la moyenne nationale dans le département du Morbihan, mais bien inférieur dans le département du Finistère. Le pourcentage de médecins signataires dans les départements des Côtes d'Armor et de l'Ile et Vilaine correspondent eux au taux métropolitain.

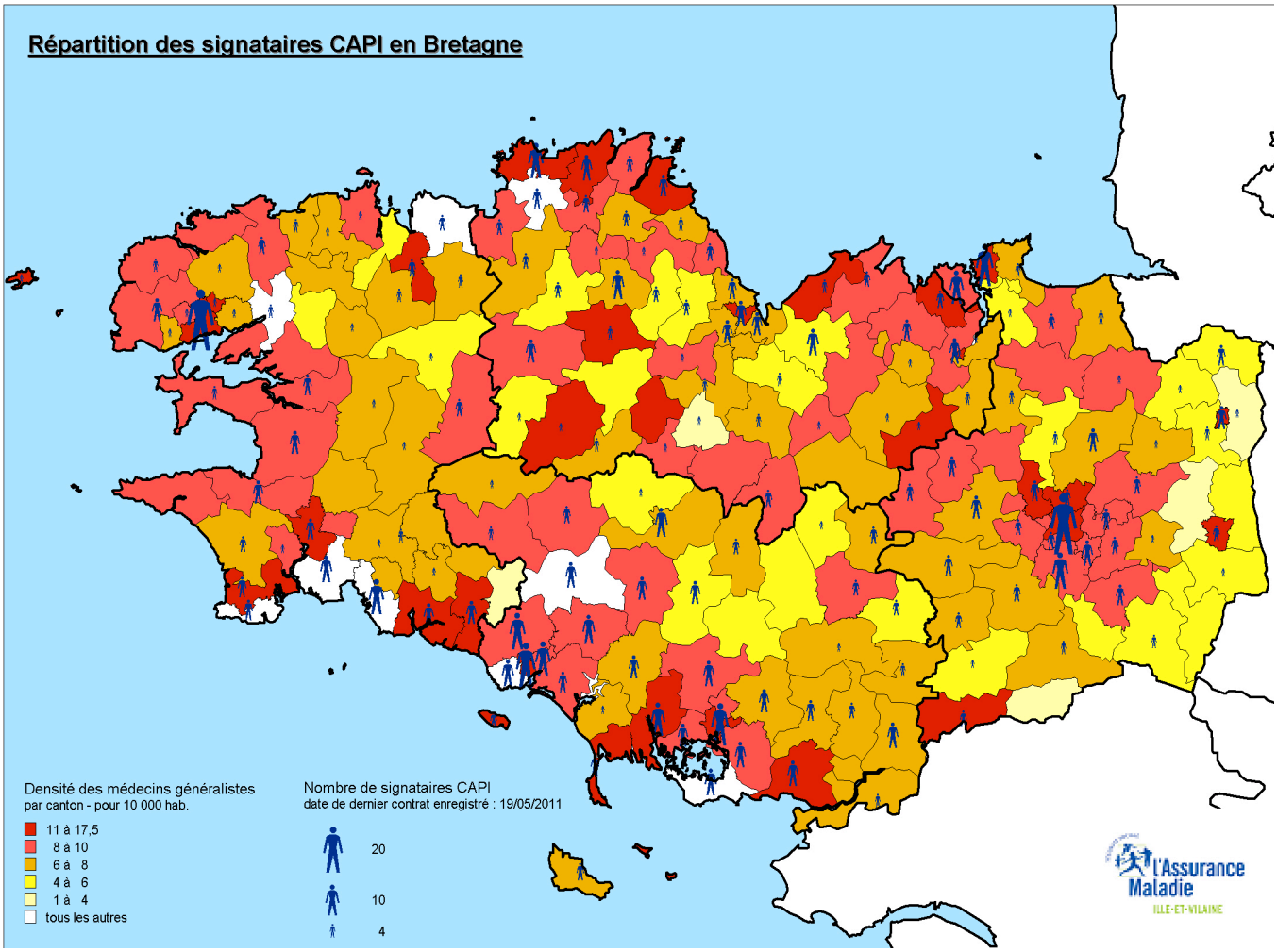


Figure 2 : Répartition des médecins signataires CAPI en Bretagne (19/05/11)

1.3.3.2 Date d'effets des contrats dans le temps.

Dans les quatre départements bretons, on a constaté une diminution régulière du nombre de contrats signés entre juillet 2009 et janvier 2011.

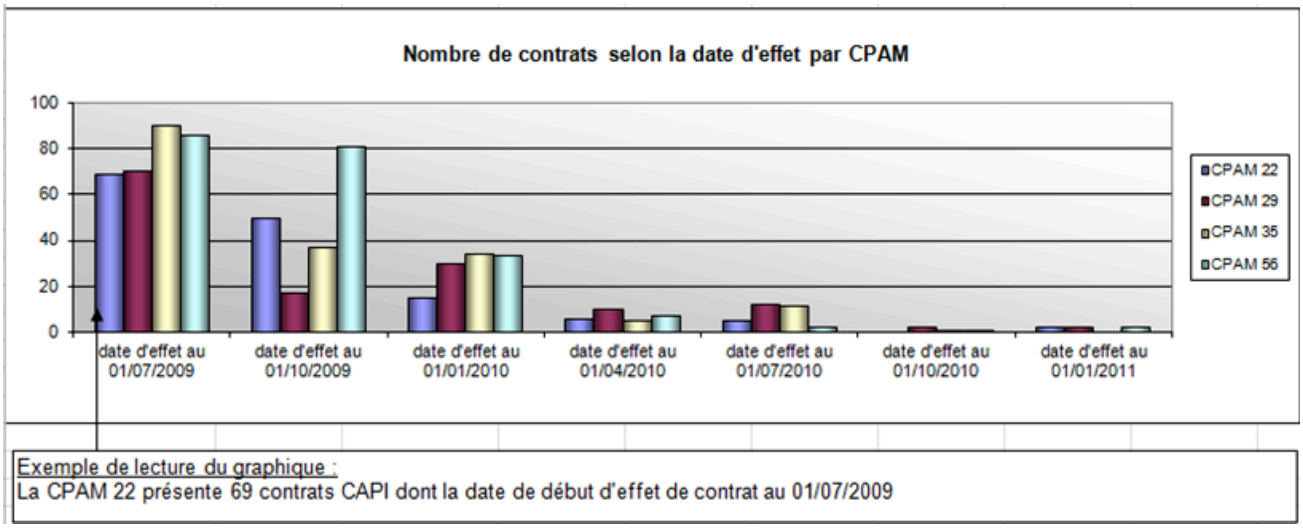


Figure 3 : nombre de contrats signés selon la date d'effet (de juillet 2009 à janvier 2011) pour chacun des 4 départements bretons (CPAM d'Ile et Vilaine, Août 2011).

1.3.3.3 Taux de rémunération des médecins signataires sur la Bretagne.

La rémunération moyenne des médecins généralistes bretons signataires en 2009 était de 3182 euros avec une somme maximum de 9007,6 euros dans le Finistère. Le nombre de médecins signataires non rémunérés en Bretagne s'élève à 135 médecins, soit 27,7% des signataires qui n'ont pas été rémunérés en 2010.

	Juillet 2009	Avril 2010	Total déjà versé	Part des médecins rémunérés (après 4 sessions)	Montant moyen de rémunération
CPAM 22	151 590,2 €	15 897,8 €	293 455,8 €	68,3%	3 089,0 €
CPAM 29	161 897,5 €	27 327,7 €	313 148,7 €	73,0%	3 403,8 €
CPAM 35	221 948,4 €	16 926,0 €	437 807,6 €	78,9%	3 447,3 €
CPAM 56	222 171,1 €	16 578,8 €	450 936,4 €	73,8%	3 026,4 €
Bretagne	757 607,1 €	76 730,3 €	1 495 348,5 €	73,7%	3 229,7 €

Tableau 2 : Montant des rémunérations versées aux médecins signataires du CAPI selon leur département d'exercice, part des médecins rémunérés et montant moyen des rémunérations en 2010 (source CPAM 2011)

2. Matériel et Méthode

2.1 La méthode.

2.1.1 Le choix de la méthode.

2.1.1.1 Une méthode qualitative.

Une méthode d'analyse qualitative a paru la plus adaptée pour analyser des idées, des concepts qui sont difficilement quantifiables ou mesurables (41-43).

Ce type de méthode issu des sciences humaines et sociales est basé sur la réalisation d'observations, d'analyses de récits et de discours, le plus souvent recueillis lors d'entretiens individuels ou collectifs.

2.1.1.2 Des entretiens individuels semi directifs. (44) (45)

Pour étudier au mieux les idées et les avis des médecins généralistes libéraux bretons, le choix s'est porté sur une technique d'entretiens individuels semi directifs.

Cette méthode d'entretiens individuels semi directifs doit permettre de mieux cerner et de mieux comprendre les opinions des médecins interrogés. Le caractère individuel de ces entretiens, réalisés uniquement en présence du médecin et du thésard, permet d'avoir un libre échange sans interaction ni frein à l'expression des idées.

Il s'agit bien de recueillir des informations portant sur les opinions, les impressions et les valeurs des médecins rencontrés.

Avant chaque entretien était expliqué oralement aux médecins rencontrés la méthodologie employée et le but de ce travail, bien qu'ils aient déjà reçu ces informations détaillées par mail ou par téléphone avant l'obtention du rendez vous.

2.1.1.3 Entretiens exploratoires.

En complément des entretiens réalisés avec les médecins, nous avons également rencontré ou été en contact téléphonique avec:

- Le Pr François Xavier Schweyer, sociologue à l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP) de Rennes.

- Mme Carine Treguer, responsable du CAPI à la CPAM d'Ile et Vilaine et Mr Loïc Rivoalen, statisticien à la CPAM d'Ile et Vilaine.

- Le Dr Le Neel[2], en tant que représentant syndical du CSMLF.

- Le Dr Olivier Saint-Lary, chef de clinique à la faculté de médecine Paris Descartes de Paris.

- Mr Emmanuel Gomez, responsable des relations interprofessionnelles à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Ces discussions ont permis de mieux cerner les origines et les objectifs du CAPI, de mieux appréhender le contexte politique et de santé publique et d'avoir le point de vue d'autres personnes impliquées dans ce contrat. Ces entretiens n'ont pas été utilisés pour l'analyse des résultats telle qu'elle sera présentée.

2.1.2 La grille d'entretien.

Les entretiens ont été construits à partir d'une grille réalisée en amont des rencontres (annexe 1). Elle a été élaborée d'une part à la lumière de la littérature, d'autre part après entretiens exploratoires auprès de diverses personnes afin de mieux comprendre le CAPI, le contexte de son apparition et son impact.

Ont été rencontrés :

- Mme Anne Gaucher Denoual, médecin généraliste.
- Mme Carine Treguer, responsable du groupe régional CAPI à la CPAM d'Ile et Vilaine.
- Mr Loïc Rivolaen, statisticien à la CPAM d'Ile et Vilaine.
- Le Dr Sandrine Hugé, directrice du département de médecine générale de la faculté de médecine de Rennes et directrice de thèse.

Cette grille d'analyse comprend trois chapitres :

- Le premier fermé et visant à mieux cerner le profil du médecin interrogé et à définir son cadre de travail.

- Le deuxième chapitre est divisé en cinq items pour recueillir l'avis des médecins rencontrés sur le CAPI.

- Enfin, le troisième chapitre comportant lui aussi cinq items, oriente l'entretien vers l'avenir du CAPI et du mode de rémunération des médecins tel qu'ils le perçoivent à titre personnel.

---

[2] Le Dr Le Neel a été rencontré le 7 juin 2011, soit 9 jours avant d'être élu à la présidence de l'URPS médecins Bretagne

2.1.3 Les médecins rencontrés.

2.1.3.1 Population cible.

- Critères d'inclusion :

Pour ce travail, seuls ont été rencontrés les médecins généralistes libéraux dont le cabinet est situé dans une commune bretonne des départements des Côtes d'Armor 22, du Finistère 29, d'Ille et Vilaine 35 et du Morbihan 56). Ils répondaient aux critères d'éligibilité du CAPI et n'avaient pas souhaité adhérer à ce contrat.

- Critère d'exclusion :

Les médecins qui avaient signé ce contrat avant de le rompre n 'ont pas été rencontrés.

2.1.3.2 Recrutement.

Les médecins ont été choisis soit au hasard de l'annuaire sur appel téléphonique, soit sur recommandation d'autres médecins non signataires, soit sur les conseils de Mme Anne Gaucher Denoual, qui a relevé les coordonnées de médecins non signataires obtenus lors de contacts avec des médecins éligibles signataires.

Soixante médecins non signataires ont été contactés.

- Par téléphone, soit directement, soit après contact préalable avec le secrétariat des médecins auquel a été décrit le but de notre travail et la sollicitation pour un entretien. Une relance téléphonique a ensuite été réalisée pour décider d'une date de rendez vous.

- Par mail, l'adresse personnelle du médecin ayant été communiquée soit par le médecin lui même, soit par son secrétariat, soit sur l 'annuaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Rennes.

2.1.4 Déroulement des entretiens.

Nous avons cependant reçu un grand nombre de refus de médecins non signataires, soit par désintérêt du sujet, soit par sentiment d'une trop forte sollicitation d'autres thésards, soit principalement par indisponibilité (vacances, surcharge de travail).

Un médecin ne s'est pas présenté au rendez vous, un autre l'a annulé le jour même.

Un médecin s'est avéré ne pas correspondre aux critères d'éligibilité lors de l'entretien, cet entretien ne sera donc pas pris en compte dans l'analyse des résultats. Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Au total 14 entretiens ont été réalisés, la saturation ayant été obtenue à compter du 11ème entretien.

2.1.5 La retranscription.

Les entretiens ont été intégralement enregistrés après accord des participants.
Ils ont ensuite été intégralement retranscrits sur logiciel Word 2010. Cette retranscription correspondait à un corpus de 76 pages.
Les éléments de communication non verbale perçus lors de l'entretien ont été relevés et notés entre parenthèses lors de la retranscription.
Afin de respecter l'anonymat des personnes rencontrées dans le cadre des entretiens, lors des retranscriptions nous avons choisi d'utiliser la notation suivante :
La lettre « M » suivie d'un chiffre de 1 à 14, attribuée en fonction de la chronologie des entretiens.

2.1.6 L'éthique.

Lors de ces entretiens, les médecins rencontrés ont été recrutés suivant la démarche indiquée. Ils étaient tous volontaires et informés à l'avance de l'objectif de l'entrevue et du sujet de la thèse. Ces données leurs ont été rappelées avant le début de l'entretien.
Ils ont donné leur consentement pour l'enregistrement de l'entretien.
Ces derniers ont été anonymisés en ce qui concerne leur âge, leur sexe et leur lieu d'exercice précis (seul leur âge par dizaine et leur département d'exercice est précisé).
Ils recevront tous une version électronique de ce travail à l'issue de sa présentation.
Enfin, il n'existe pas de conflit d'intérêt pour le thésard.

2.2 L'analyse des entretiens.

L'analyse des entretiens a été réalisée à partir du corpus des retranscriptions.
Les thématiques ont été dégagées des entretiens, elles ont été codées, puis regroupées en sous thèmes de manière à structurer l'analyse.
Ce codage a été réalisé manuellement à l'aide du logiciel Excel 2010.

Ce travail d'analyse a également été réalisé par le Dr Sandrine Hugé, directrice de thèse, afin d'obtenir une analyse croisée et une triangulation des données.
L'analyse a porté sur les axes suivants :

- Le profil des médecins interrogés.
- Leur avis sur le CAPI et les raisons de leur non adhésion.

-Leur avis deux ans après l'apparition du CAPI et l'impact de son conventionnement.

- Leur avis sur les différents modes de rémunérations en médecine libérale.

3. Résultats et Analyse

3.1 Les médecins rencontrés.

3.1.1 Age et année d'installation.

Les médecins rencontrés avaient entre 36 et 63 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans½. Les deux tiers des médecins se sont installés il y a moins de 20 ans.

3.1.2 Sexe.

Parmi les médecins rencontrés, on dénombrait 4 femmes pour 10 hommes.

3.1.3 Lieu d'exercice.

Sur les 14 médecins rencontrés :
Quatre médecins exerçaient dans les Côtes d'Armor.
Deux médecins exerçaient dans le Finistère.
Quatre médecins exerçaient en Ille et Vilaine.
Quatre médecins exerçaient dans le Morbihan.
La grande majorité s'était installée en milieu rural ou semi rural, trois seulement exerçaient en ville.
Aucun médecin n'exerçait seul. La majorité exerçait en groupe de médecins généralistes (entre 2 et 5 médecins dans le groupe) et 3 en groupe pluridisciplinaire.

3.1.4 Implication dans la formation ou l'amélioration des pratiques.

Parmi les médecins rencontrés, plusieurs modes d'implication dans la formation ou dans l'amélioration des pratiques ont été retrouvés.

- Implication dans la formation :

8 médecins étaient maitres de stage pour les facultés de médecine de Brest ou de Rennes.

- Implication dans l'amélioration des pratiques :

9 médecins faisaient partie d'un groupe de formation médicale continue.
7 médecins étaient participants et/ou animateurs de groupes qualité.

Par ailleurs, un médecin nous avait informé être lecteur de la revue « Prescrire », et cinq médecins ont revendiqué un engagement dans une action syndicale.

Ainsi les médecins rencontrés semblaient plus investis dans la formation et l'action syndicale que la moyenne nationale.

3.2 Le CAPI.

3.2.1 Année de proposition et mode de présentation.

Six médecins se sont vus proposer le CAPI pour la première fois en 2009, deux en 2010 mais six médecins n'ont pu le préciser. Dans la quasi totalité des cas la CPAM les avait contacté via un délégué de l'assurance maladie (DAM). Un médecin n'a pas précisé qui l'avait contacté.

Huit médecins avaient été contactés à au moins deux reprises pour des relances, généralement par téléphone et par un DAM. Cinq médecins n'ont pas été recontactés, pour la plupart à leur demande (demande direct au DAM ou demande de filtrage téléphonique à leur secrétaire).

Un médecin ne s'est pas exprimé à se sujet.

3.2.2 Sources d'informations sur le CAPI.

Les médecins se sont informés par eux-mêmes.

- Dix d'entre eux avaient consulté des publications syndicales ou émanant du conseil de l'ordre des médecins.

- Sept avaient consulté des sites internet et cinq médecins s'étaient informés grâce à la presse médicale.

- Enfin cinq d'entre eux s 'étaient informés auprès de leurs collègues lors de réunions confraternelles (réunion de FMC, groupe qualité, réunion au sein du cabinet).

3.2.3 Avis avant la première présentation.

La grande majorité des médecins (11/14) rencontrés s'étaient forgés une opinion négative à propos du CAPI avant la première visite du DAM. Seuls trois médecins se sont dit indécis, aucun n'y était plutôt favorable a priori.

3.2.4 Le CAPI : les arguments qui ont amené la non signature.

3.2.4.1 Avis négatif sur le fond.

<u>Le CAPI : une atteinte aux libertés du médecin :</u>

« *Une main mise sur ma pratique* » *(M12)* : C'est un des arguments les plus souvent énoncés par les médecins rencontrés. Ils craignent que ce contrat atteigne les fondements même de l'exercice libéral.

La liberté de prescription semble en danger pour *M6* : « *j'avais peur que ça conditionne mes prescriptions, que je me sente influencé comme on peut être influencé par les délégués médicaux* ».

La liberté de l'exercice semble elle aussi menacée par ce contrat:
« *Moi ce que je veux c'est que si je veux me barrer en dévissant ma plaque je puisse le faire sinon je ne serai pas parti en libéral, c'est la seule motivation du libéral c'est d'être libre comme l'air et partir si je veux sans qu'on m'emmerde avec des contrats, sans être fliqué* ».
M 11 indique avoir une activité particulière, avec de nombreuses consultations axées sur le suivi psychologique des patients et se sent pénalisé par le CAPI qui d'après lui ne tient pas assez compte des particularités d'exercice : « *moi je fais beaucoup de psychothérapie, de suivi gynéco. Qu'est ce qui va se passer ? Les médecins comme moi seront très peu payés parce que ça ne sera jamais dans le CAPI ». (M14)*

La peur d'une aliénation vis à vis des caisses effraie le plus *M4*: *« Je ne voulais pas être lié à la caisse (…) je pense que si la CPAM nous met la main dessus notre indépendance disparaitra complètement* ». *M6* partage cet avis en restant plus modéré « *Je trouvais que d'avoir un contrat ça me liait un petit peu avec la caisse et là, ça me freinait un peu* ».

<u>Le CAPI « Cheval de Troie » de la CNAM</u>
De nombreux médecins interrogés reprennent à leur compte cette expression (retrouvée dans certaines publications syndicales (46-47)) pour exprimer à la fois la perte de liberté qu'ils craignent mais aussi leur étonnement vis à vis de ce contrat qui n'a pas fait l'objet de discussion entre la CNAM et les représentants de la profession :
« *C'est un contrat individuel entre la caisse et un médecin, je trouve pas ça très très sain* » se confie *M3.* Ce à quoi *M5* ajoute : « *c'est un contrat fait à l'initiative d'un seul partenaire, donc promu par un seul partenaire, écrit par un seul partenaire et dont l'évolution des critères ne dépend que d'un seul partenaire* ». Le CAPI ne paraît donc pas médecin dépendant.

Cette idée traduit bien la crainte que le CAPI évolue sous une forme moins conciliante et avec la possibilité de mesures répressives par exemple.
M2 l'exprime de manière imagée *« Il est évident que le CAPI c'est la façon de faire entrer le loup dans la bergerie* », et *M9* s'avère le plus craintif à ce sujet : « *ça pourrait être irréversible et j'avais pas envie de m'engager dans un truc qui après…euh…on était un peu pieds et poings liés* ».

D'autre médecins interrogés sous-entendent que ce contrat risque de scinder la profession en deux groupes opposés au sujet du CAPI, comme *M2* qui affirme non sans provocation : « *ça créé deux groupes de médecins, montés les uns contre les autres et c'est le but du jeu, c'est d'essayer de faire taire certains avec un peu d'argent* ». *M7* est plus modéré et confirme : *« il y a ceux qui le refusent et le dénoncent et il y a ceux qui le dénoncent mais qui l'acceptent* », sous entendant ainsi que même les médecins signataires n'ont pas signé par conviction.

Ainsi le CAPI semble mettre en exergue des tensions entre médecins et CPAM, organisme qui serait d'ailleurs le seul bénéficiaire de la mise en place de ce contrat, comme le pense *M4* « *je pense que c'est surtout bénéfique pour les caisses, plus que pour le patient ou le médecin. C'est les caisses qui tâchent de tout contrôler…c'est un avis personnel* ».

<u>Le CAPI n'entrainerait pas une réelle remise en question des pratiques ni d 'amélioration de l'efficience du système.</u>
Là aussi cet argument est fréquemment cité parmi les médecins interrogés, et sous de multiples angles :

La majorité des médecins interrogés ont eu accès à leurs résultats initiaux lors de la première présentation du CAPI par la CPAM, et avaient pour la plupart d'entre eux de très bons chiffres. *M2* affirme « *Mais le CAPI c'est une coquille vide (…) j'avais quasiment tous les critères de remplis, j'avais juste un critère à améliorer un tout petit peu, donc quel intérêt ? (…) Je trouvais ça totalement stupide* ». Etre bon élève dès le départ remet en

cause l'intérêt de cet outils :« *Si vous collez aux objectifs dès le départ il a aucun intérêt ce truc là ».(M9)*

Pour d'autres médecins, comme *M2*, le CAPI ne privilégie pas un exercice de qualité, mais là encore il favorise les médecins à forte patientèle : *« On se retrouve à rémunérer plus les grosses patientèles, ceux qui font de la médecine de masse, qui veulent faire du chiffre, du chiffre, du chiffre* ».
M7 va même plus loin en affirmant que seuls les médecins correspondant le plus aux objectifs, et ayant donc le moins « *d'effort* » à faire, se sont vu proposer le CAPI « *on a rendu éligible essentiellement ceux qui sont déjà pas trop mauvais…ceux qui vont prendre mille ou deux milles euros* ».

M14 est le seul à douter d'un intérêt économique du CAPI : « *Ils* (les caisses) *se plantent en voulant faire des économies comme ça parce qu'ils vont forcer les médecins à produire. Ils veulent que les médecins prescrivent des surveillances, des examens complémentaires, ça va être un surcoût énorme* ».

<u>Les conséquences du CAPI sur les patients, un sentiment d'atteinte à la relation médecin-malade.</u>
Assez peu de médecins interrogés ont inclus le patient dans leur réflexion sur le CAPI.
M3 note que le patient n'est au final pas informé de la nature de ce contrat ni même si son médecin traitant l'a signé ou pas, et quelles en sont les conséquences sur sa prise en charge :
« *Si un patient m'avait demandé si j'avais signé le CAPI j'aurais été vraiment très mal à l'aise parce que c'est quelque chose qui est fait à leur insu, c'est évident* ».

Ainsi il est perçu comme un risque de dérive entre l'intérêt financier du médecin et l'intérêt propre du patient. Là encore *M3* note « *je ne voudrais pas que les patients se disent ″ oui mais elle est payée plus parce qu'elle prescrit ce que demande la caisse″* ».
De même *M10* s'interroge jusqu'où le CAPI pourrait interférer dans le discours du médecin à son patient *« en allant plus loin on pourrait être amené à avoir un faux discours pour amener les patients à se faire vacciner, de ne pas informer de manière juste mais en essayant de les inciter, même si c'est dans leur intérêt* ». Il souligne par ailleurs que si la

proportion du CAPI dans la rémunération du médecin devait s'accroitre, le problème n'en serait que plus marqué.

Les médecins interrogés sont un peu plus nombreux à émettre des craintes vis à vis du CAPI qui selon eux pourrait à l'avenir amener des médecins à se défaire de patients jugés insuffisamment compliants. Ils évoquent ainsi un problème de fond : le comportement des patients.
M5 note, avec un sourire gêné et se disant volontairement provocateur : « *Quand on regarde certains critères du CAPI on a quand même intérêt à se débarrasser des patients qui plombent les résultats* ».
M11 prend l'exemple de l'Angleterre pour illustrer son propos, teinté d'émotion *« Et c'est ce qui se passe en Angleterre c'est que les patients qui ne veulent pas entrer dans les cases, le patient qui est gros hypertendu et qui ne fait pas de sport et dont l'hémoglobine glyquée reste au delà des objectifs, les médecins vont les rejeter et ça c'est dramatique. Ça c'est très très flippant* ».

Il fait du CAPI une atteinte aux libertés individuelles du patient : « *Je me suis rebellé contre le CAPI dès le début parce que ça c'est grave. Nos patients ils font ce qu'ils veulent, ils sont libres* » dit *M11*. Il est rejoint dans cette idée par *M10* qui parle lui de « *dictature de l'hygiène de vie* » que le CAPI pourrait entretenir. On trouve ici une notion de risque de dérive vers un médecin tyrannique envers son patient.

Enfin *M12* craint qu'à l'avenir le CAPI ne pose le problème du secret médical si le dossier médical du patient fait l'objet d'indicateurs de bonne tenue et de mise à jour.
« *Bientôt la caisse pourra venir fouiller dans nos dossiers pour voir si ils sont bien tenus…ça va être difficile de garantir le secret médical* ».

<u>Les objectifs économiques du CAPI ont un poids trop important:</u>
Certains médecins parmi ceux interrogés ont l'impression que le CAPI a un but essentiellement économique et regrettent qu'il n'ait pas plus d'intérêt de santé publique.
M16 l'exprime en disant « *Je crois que le CAPI est essentiellement pour des économies de santé, pas pour de la santé publique* », et il précise *« la caisse elle va forcément s'aider de*

travaux qui vont eux s'intéresser à la santé des gens, mais la caisse elle va surtout s'occuper des intérêts économiques ».

M5 précise sa pensée en ne rejetant pas le but économique du CAPI mais qui pour lui doit rester en retrait par rapport aux critères de santé publique : « *Moi je suis prêt à avoir des items qualitatifs qui vont générer de l'économie pour les caisses de l'assurance maladie (…) mais sur des items purement économiques je pense qu'on rentre dans une relation qui est biaisée (…) le critère médico économique on peut l'amener mais après les critères de qualité* ».

M4 semble regretter ce qu'il perçoit comme « *une maitrise comptable* » de la caisse, et pense : « *c'est pareil pour la maitrise comptable de la caisse. Je trouve qu'ils* (les indicateurs) *correspondent à des budgets, je trouve que nous sommes en pays riche, on a beaucoup de chance et il y a deux budgets qui ne feront jamais de bénéfice : la santé et l'éducation* ».

Le CAPI, un contrat individuel par nature.

Le CAPI est un contrat individuel signé entre un médecin et la CPAM dont il dépend, ce que regrettent de nombreux médecins.

A la question « *Pour quelles raisons avez vous refusé de signer le CAPI ?* » *M3* répond d'emblée *« Parce que c'est un contrat individuel* ».

Il est vrai que la moitié des médecins interrogés font partie de groupes qualité en tant que participants ou en tant qu'animateurs et ils ne manquent pas de comparer le CAPI aux groupes qualité.

Ils remarquent que les indicateurs du CAPI sont très proches des indicateurs des groupes qualité :

M5 note avec humour « *On a retrouvé à la fois dans le CAPI et dans les contrats « nouveaux modes de rémunérations » (rires) notre texte en copié collé* ».

Mais ce médecin met l'accent sur les différences de fond entre CAPI et groupes qualité : « *Nous ce qu'on avait défini c'était un contrat d'amélioration des pratiques collectif, et pas individuel* ».

M7 semble plus provocateur dans sa démarche d'envisager un CAPI « *collectif* » :
« *J'étais contre le CAPI pour toutes ces raisons (…) et maintenant je suis dans une autre position, qui est une demande de faire venir une déléguée de la CPAM (…) mais pas individuellement, je veux voir ce qu'on peut faire au niveau du groupe* ».

Mais qu'apporterait un contrat collectif ?
M5 regrette que le CAPI ne permette pas d'échange entre confrères et les maintienne dans une pratique individualiste : « (avec les groupes qualité) *il y a un échange entre médecins et ça avec un contrat individuel tu peux pas avoir ça* »
Pour *M8* le CAPI serait un obstacle au « *partage* » des patients dans un cabinet de groupe où les patients ont l'habitude de consulter un confrère quand leur médecin traitant n'est pas disponible : « *On va se battre pour avoir son patient attitré et c'est pas bien. Pour la liberté de choix du patient, pour la confraternité. Ici on partage tous nos patients (…) on ne cherche pas à capter nos patients* »

<u>Le CAPI : un outil d'évaluation mais sans proposition.</u>
De ces remarques sur « l'individualisme » du CAPI découle une autre remarque de la part de certains médecins interrogés. Ils regrettent que le CAPI évalue les pratiques mais ne mette pas en place d'outils visant à l'amélioration des résultats.
M6 développe cette idée : « *On aimerait bien qu'on nous dise pas seulement ″tu es un mauvais élève″ mais plutôt ″tu serais meilleur si tu faisais ça″ (…) il faut nous apporter des supports pour s'améliorer et c'est pas encore le cas* ».
M7 rajoute *« on ne peut pas demander aux gens des chiffres des chiffres, leur montrer des courbes et des moyennes si il n'y a pas de conclusion à ces courbes* ».

Là encore la comparaison avec les groupes qualité est faite par *M6* « *avec les groupes qualités (…) on a un retour avec des statistiques et c'est ça qui va m'intéresser et m'aider à m'améliorer* ».

<u>Le CAPI pose le problème de l'évaluation et de l'évaluateur.</u>
L'évaluation des résultats dans les différents indicateurs inquiète certains médecins interrogés, sur leur fiabilité notamment :

M1 remarque « *Il y a des résultats difficilement chiffrables. On n'est pas que sur des choses très carrées comme le diabète par exemple. Y'a pas que ça en médecine* ».

D'autres médecins regrettent que les prescriptions faites par des confrères spécialistes leur soient attribuées au moment du calcul des résultats, et que des examens faits par des confrères ne leur soient cette fois pas attribués, ce qui les pénalise.
M7 note « *Quand on voit que le médicament prescrit par un autre entre dans nos objectifs. Comment tolérer ça ? Et comme c'est individuel*… » à quoi il ajoute : « *le diabète le fond d'œil, ça aussi c'est scandaleux puisqu'ils ne comptent pas ceux faits à l'hôpital* ».

M1 note que les indicateurs de prévention et de dépistage sont plus difficiles à atteindre en zone rurale, puisque les patients consulteraient moins qu'en ville et ne bénéficieraient pas du même suivi: «*Y'a les patients qu'on voit pas. En fonction de l'endroit où on exerce on a pas la même population. Les gens de ville consultent plus qu'à la campagne* ».

D'autres médecins soulèvent le problème de l'outils informatique de la CPAM et doute de sa fiabilité dans le calcul des résultats, c'est en tout cas ce que pense *M7* : « *Les moyens informatiques sont obsolètes et pas du tout efficients au niveau de la sécu (…) c'est l'outil informatique qui n'est pas du tout conforme aux objectifs* (sourire) »

<u>Autres remarques.</u>
Une autre raison du refus de signer le CAPI est apparue de manière marginale lors des entretiens. Deux médecins ont dit ne pas avoir signé le CAPI pour suivre les directives syndicales ou ordinales. Ainsi *M9* indique « *L'ordre disait " il faut pas signer ce truc là ". Moi je me suis dit il y a des gens qui ont du se pencher plus sur le problème que moi, je vais quand même écouter ce qu'ils disent, j'ai pas lu de bout en bout le truc, alors je me suis laissée influencée* ».

3.2.4.2 Avis négatifs sur les indicateurs.

Il est intéressant de noter que peu de médecins se sont exprimés sur les différents indicateurs de manière précise. En effet de nombreux médecins parmi ceux interrogés ne les connaissaient que peu, voire pas du tout, et n'ont de ce fait exprimé aucun avis pour ou contre ces indicateurs. Comme le dit *M12 « les indicateurs je ne les ai même pas*

regardés parce que dès l'instant où on m'a proposé un contrat avec la sécu rémunéré je l'ai complètement rejeté». Ceci confirme la position des médecins avant même de découvrir le contenu du CAPI.

Néanmoins plusieurs remarques critiquant les indicateurs sont apparues dans ces entretiens, en complément des remarques portant sur l'orientation des indicateurs trop « économiques » et pas assez « santé publique » détaillés ci-dessus.

La vaccination anti grippale.

Cet indicateur est ressenti par certains médecins comme difficile à réaliser dans la pratique, comme le souligne *M11* :

« J'ai eu du mal à motiver mes troupes, suite au fiasco du H1N1 ».

M7 lui se sent moins concerné par la vaccination anti grippale « *surtout depuis qu'on a donné la vaccination aux infirmières* ».

Le dépistage du cancer du sein.

M10 émet quelques réserves sur le bien fondé même du dépistage : « *ça me paraît pertinent mais on voit de plus en plus d'études remettant en cause le dépistage par mammographie* ».

Le suivi du diabète.

Ce groupe d'indicateur portant sur le diabète est peu critiqué par les médecins interrogés, seuls *M7* et *M11* regrettent que les hémoglobines glyquées et les fonds d'yeux réalisés par les diabétologues ou à l'hôpital ne soient pas comptabilisés, et donc les pénalisent. Le médecin dit à ce sujet : *« J'ai l'habitude de faire suivre mes diabétiques une fois par an à l'hôpital, ils ont leur bilan donc mon HbA1c ne sera pas comptée, ni le fond d'œil* ».

Mais là c'est la méthode d'évaluation qui est critiquée plus que les critères du suivi des diabétiques.

M14 pense que tous les diabétiques ne nécessitent pas obligatoirement 3 à 4 dosages d'hémoglobine glyquée par an pour être bien suivi : « *je pense qu'on peut tout à fait suivre un diabète en espaçant un peu plus les hémoglobines glyquées* ».

L'équilibre des hypertendus.

Deux remarques sont retrouvées concernant cet indicateur.

La première concernant l'intérêt même de ce contrôle, qui, pour le *M7* n'est pas réaliste, la tension artérielle prise au cabinet n'étant pour lui pas fiable : *« alors là quand on sait comment sont prises les tensions artérielles au cabinet ça m'a fait rire (…) alors avant de déclarer si on est équilibré il faudrait d'abord savoir comment sont prises les tensions et comment la prendre* ».

La deuxième remarque porte elle sur le mode d'évaluation, puisque cet indicateur est le seul à être déclaratif, ce qui pose problème pour deux des médecins rencontrés : « *La façon de le juger est totalement inefficiente. Il faudrait assortir ça d'une MAPA ou d'une mesure à domicile au minimum. Déjà je mets au défi un médecin de pouvoir certifier que plus de 70% de ses patients sont équilibrés* » nous dit *M10* qui résume en une phrase ces deux idées : « *Donc cet indicateur là me semble pertinent au niveau santé publique mais mal construit et mal évalué* ».

La prescription de génériques.

C'est l'indicateur qui a été le plus commenté par les médecins rencontrés.

M5 pense que le rôle du médecin est de prescrire en DCI, et que la distribution des génériques est du ressort du pharmacien : *« Avec les génériques (…) c'est le pharmacien qui est le garant de la distribution* », ce à quoi *M11* ajoute : « *Moi je prescris tout en DCI donc c'est simple, je ne m'occupe pas des génériques.* »

M7 pense que le médecin n'a pas à prescrire en fonction du coût du médicament: « *les critères des génériques c'est scandaleux ! On ne devrait pas être associé au prix du médicament* ».

M11 émet quelques réserves quand à l'évaluation pharmacologique de certains génériques actuellement remis en cause, potentiellement dangereux pour ses patients. Il nous dit : « *Il y a plein de génériques que je ne prescris pas parce que je suis contre. Ensuite j'ai rencontré des cardiologues, il y a plein de génériques pour lesquels ils sont contre donc j'étais très embêté.* »

3.2.4.3 Avis sur la rémunération du CAPI.

Il est intéressant de noter que la majorité des médecins rencontrés se sont vu présenter leurs résultats sur les différents indicateurs du CAPI lors de la première présentation de ce contrat par la CPAM et ils étaient pour la majorité très proches des objectifs intermédiaires.

M6 indique : *« Alors j'aurais gagné 6000 euros à l'année, d'après la DAM. Mais ça m'a pas motivé : ça entre dans le chiffre d'affaire de l'année, avec les impôts tout ça…* ».

Une rémunération insuffisante.

Car la majorité des médecins qui se sont exprimés à ce sujet trouvent la rémunération allouée au CAPI insuffisante. *M2* a même fait ses calculs :

« Le calcul est vite fait, ça fait quelques centimes par consultation, si on enlève 40 ou 50% de charge, il me restait que 2 ou 3 centimes par consultation ».

D'autre médecin voient cette rémunération comme un gaspillage, au vu des effets minimes sur l'amélioration des pratiques.

M7 regrette qu'elle ne soit pas plus importante, car elle aurait pu d'après lui améliorer sa pratique en améliorant ses conditions de travail :

« *J'ai pas acheté la dernière BM avec le médecin référent mais j'ai amélioré mon outil de travail et c'est cher l'outil de travail. Et donc je pense que ça fait partie de l'amélioration des pratiques* ».

Cette rémunération perçue comme insuffisante ne permet pas pour M6 de valoriser le travail du médecin qui souffrirait d'après lui d'une cotation de l'acte insuffisante :

« *Si on garde une consultation qui devienne longue comme le bras avec une liste de demandes recto verso, même si on est rémunéré par le CAPI, ça ne sera pas vu par le patient.* »

Les effets pervers de la rémunération du CAPI :

Des médecins ont également mis le doigt sur des effets délétères de cette rémunération.

Pour différents médecins le CAPI, en calculant la prime annuelle proportionnellement au nombre de patients, favorise une fois de plus les médecins à forte activité. C'est ce qu'exprime *M2* : *« on se retrouve à rémunérer plus les grosses patientèles, ceux qui font de*

la médecine de masse, qui veulent faire du chiffre, du chiffre, du chiffre (…) c'est comme le paiement à l'acte c'est pour favoriser le volume ».

Autre frein à la signature du CAPI, plus éthique ou moral peut être, exprimé par *M3* qui trouve difficile à concevoir qu'un médecin soit rémunéré pour suivre des recommandations de bonnes pratiques : « *Est ce qu'il faut une carotte pour suivre les recommandations* » s'interroge t il ?

M5 aborde cette question sous un autre angle :
« *Ce que je reproche au CAPI (…) c'est qu'il puisse y avoir un contrat qui, en échange de la diminution des dépenses pour un patient puisse conduire à la rémunération du médecin* ».
Ainsi ces médecins semblent ressentir comme dérangeant cette idée d'être rémunéré pour prescrire à bon escient, pour suivre des recommandations ou pour des critères purement économiques. Ils refusent d'endosser le rôle de contrôleur de gestion du système de santé.

3.2.5 Le CAPI : les arguments qui auraient pu amener à signer.

Les entretiens réalisés n'ont pas collecté uniquement des remarques s'opposant au CAPI. De nombreux médecins reconnaissent des effets bénéfiques au CAPI dans son ensemble et à certains indicateurs en particulier.

3.2.5.1 Avis positifs sur le fond.

<u>Le CAPI : un bénéfice pour la santé publique et pour les patients</u>
Si certains des médecins rencontrés ne voient dans le CAPI qu'un outil à visée économique, d'autres reconnaissent dans ce contrat un outil de santé publique :
M1 reconnaît qu'il y a des « *objectifs de santé publique* » idée que *M5* développe : « *Le CAPI a des choses intéressantes en fait. Il y a tout l'aspect santé publique, prévention, maladies chroniques qui est un aspect intéressant* » et il ajoute : *« les items de santé publique, de prévention, de dépistage, oui, ils sont bénéfiques aux patients* ».
Et pour *M11* le CAPI est un moyen pour la CNAM d'optimiser son rôle de santé publique et d'optimisation des pratiques : « *je pense que faire appliquer des recommandations, c'est sa mission, oui.* »

<u>Le CAPI déclencheur de l'amélioration des pratiques :</u>

Pour suivre cette idée, le CAPI apporterait aussi un bénéfice au patient en améliorant la pratique des médecins, selon *M6* :
« *En théorie je suis pas pour* (le CAPI) *mais c'est un bon moyen de se stimuler, donner l'envie de progresser* ».
Il précise sa pensée, qui concernerait plutôt les confrères :
« *le CAPI peut l'être* (intéressant) *pour un médecin qui a du mal à se former, qui est débordé, qui est vieillissant, je vois bien que quelqu'un qui n'a pas le temps de cerner tous les sujets ça aurait pu l'aider à cerner sa formation* ».

M11 partage son avis, mais là encore cible plutôt les confrères :
« *Certains de mes collègues sont naïfs en pensant que tout nos collègues font de la bonne médecine. Tout nos collègues ne font pas de la bonne médecine, certains ne se forment pas, donc qu'on les oblige à pousser à vacciner, qu'on les pousse à faire des HbA1c, c'est du bon sens, c'est les recommandations* ».

<u>Le CAPI : un « pavé dans la mare » des modes de rémunération en médecine générale.</u>
Certains des médecins interrogés concèdent au CAPI la vertu d'avoir soulevé le problème du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux, et d'avoir permis de lancer le débat des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte, aussi bien pour les syndicats que pour le CNOM.
M5 nous dit *« Donc le CAPI fait partie des éléments qui amènent les syndicats à modifier leur position. Je ne dit pas que le CAPI est une bonne affaire mais le fait qu'il fasse bouger les choses est une bonne affaire* », et il ajoute : « *ça nous permet de sortir de ce mode de discussion qui repose uniquement sur la valeur de l'acte* ».

M7 partage cet avis et justifie le rôle de la caisse d'assurance maladie, mais sur un ton plus alarmiste : « *On est arrivé au point de non retour, je trouve normal que la sécu s'inquiète, elle paye, c'est normal* ».

Enfin, le CAPI est un nouvel exemple de « paiement à la performance » pour *M5* qui l'apparente à la rémunération liée à l'Hémocult déjà existante :
« *Je pense que globalement le CAPI amène ces sujets de réflexion. Le mode de rémunération et le paiement à la performance* ».

Le CAPI : une source de réduction des coûts de santé à long terme.

C'est en tout cas ce que pense *M3* :

« (le CAPI) *peut être une source d'économie si il y a moins de iatrogénie, peut être si le coté prévention marche, si on sait motiver les gens, oui à long terme ça peut être intéressant (…) mais il faut du temps* ».

3.2.5.2 Avis positifs sur les indicateurs.

Là aussi, les médecins qui se sont exprimés sur les indicateurs l'ont généralement fait de manière globale sans les détailler. Et la moitié d'entre eux concèdent un intérêt à ces indicateurs.

Des indicateurs « bien choisis »

Ils sont adaptés à la pratique quotidienne du médecin généraliste. « *c'est de la pratique courante, c'est des motifs de consultation fréquents en médecine générale* » *(M3)*

De plus ils correspondent aux recommandations de l'HAS en ce qui concerne les indicateurs de suivi des pathologies chroniques et de prévention/dépistage.

La vaccination, le dépistage du cancer du sein, le suivi du diabète, les vasodilatateurs, l'aspirine au profit du clopidogrel semble faire la quasi unanimité.

3.2.6 Avis sur le CAPI deux ans après son apparition.

Un seul médecin *(M11)* parmi ceux rencontré se dit prêt à signer le CAPI aujourd'hui, pas par conviction formelle et plutôt désabusée, mais plutôt pour ne pas rester en retrait des changements qui s'annoncent :

« *Je suis rentré du congrès de Nice décidée à signer le CAPI. Même si il n'est pas dans la convention. Je me disais : puisque le vent va par là je vais le signer (…) au départ on était dans l'opposition, on disait " c'est pas ça qu'on veut " mais comme il n'y a pas d'autres choses qui se sont misent en place on arrête de se battre* ».

Tous ses confrères (sauf un qui ne s'est pas exprimé à ce sujet) n'ont pas changé d'avis, et mettent des conditions à leur signature. Certains, si le CAPI devient collectif, d'autres s'il est mieux rémunéré, et la majorité de ceux rencontrés avant juillet 2011 si le CAPI fait partie de la convention.

3.2.7 Impact du conventionnement.

Avant qu'il n'entre dans la convention mi juillet 2011, les médecins interrogés ont été 4 à affirmer qu'ils seraient prêts à signer le CAPI.

3.3 L'avenir du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux.

Les médecins rencontrés ont également été interrogés sur leur vision du paiement à l'acte actuel, et de différents modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte : le paiement à la performance et le paiement par capitation.

3.3.1 L'avenir du paiement à l'acte.

Les avis positifs :

La moitié des médecins interrogés n'ont pas exprimé spontanément de remarques positives sur le paiement à l'acte tel qu'il est pratiqué actuellement, les autres ont relevé certains avantages de ce mode de rémunération :

Le paiement à l'acte est le garant de la liberté du médecin.

Liberté par rapport aux caisses d'assurance maladie, et garant du statut « libéral » du médecin, au même titre que la liberté de prescription et la liberté d'exercice.

M4 s'exprime à ce sujet : *« L'avantage du paiement à l'acte c'est qu'ils nous paient (les patients).Moi je ne pratique pas de tiers payant ou très peu (…) parce que je ne veux pas dépendre des caisses* ». Il donne un autre exemple, mimant de s'adresser à un patient : « *vous, vous me payez et vous êtes remboursé, et moi je reste indépendant des caisses* ».

Cet argument fait ici écho aux remarques accusant le CAPI de porter atteinte à l'indépendance vis à vis des caisses.

Le paiement à l'acte : un moyen de valorisation du travail du médecin.

Cet argument est abordé sous deux angles différents :

Le premier est que ce mode de rémunération permet au patient de ne pas dévaloriser l'acte médical, en réglant cet acte directement au médecin, ce qui ne serait pas possible dans un système de capitation par exemple.

M3 nous dit « *il y a des médecins très attachés au principe d'un échange de rémunération directe contre un travail, pour que les gens aient l'impression que leur travail vaut quelque chose* ».
Le deuxième angle est que le patient peut se rendre compte du coût de santé qu'il implique par sa consultation, ce qui pour *M3* n'est possible que par un paiement direct du patient au médecin :
« Les gens (…) ne se rendent pas compte du coût social que la santé représente ».

Le paiement à l'acte est économique pour les caisses d'assurance maladie. C'est en tout cas ce que pense *M2* : *« En tout cas le paiement à l'acte est peu cher pour la sécu à court terme* ».
M5 argumente dans ce sens : « *le système est économique pour la rémunération des professionnels (…) il y en a qui trouvent que la rémunération à l'acte est inflationniste, nous on pense exactement le contraire, en gros avec raison* ».

Le paiement à l'acte reste pour *M12* un mode de rémunération adapté à la pratique de la médecine générale :
« *Le paiement à l'acte me paraît adapté, alors effectivement il y a des consultations qui durent une demie heure mais il y en a d'autres qui durent cinq minutes, alors l'un dans l'autre ça s'équilibre* ».

<u>Les avis négatifs :</u>
La grande majorité des médecins que nous avons rencontrés a exprimé des reproches au système de paiement à l'acte sous sa forme actuelle. Plusieurs arguments sont avancés :

Le paiement à l'acte actuel n'est plus adapté à la variété des actes réalisés quotidiennement par les médecins généralistes libéraux.
M2 affirme « *Il est anormal qu'en médecine générale il n'y ait qu'un seul type d'acte* ».
Ainsi des médecins regrettent que le mode de rémunération n'ait pas suivi les modifications du contenu de l'acte lié à l'évolution des patients et de leur santé.
M5 remarque : « *Ce qui a changé c'est le contenu de l'acte : On est passé d'une médecine qui traitait beaucoup de l'aigu, de façon assez rapide (…) dans les années soixante dix les médecins voyaient 6 à 10 patients de l'heure. Et on est passé à une moyenne de 3 à 4*

patients par heure. Le problème c'est que la rémunération de l'acte est restée la même (…) Et 20 minutes à 23 euros… ».
Le paiement à l'acte ne rémunère pas le travail « non médical » du médecin, les « paperasses » comme les nomme le *M14*.

Certains médecins sont plus pessimistes sur ce mode de rémunération dont ils semblent avoir déjà fait le deuil. Ainsi *M1* regrette : *« la rémunération à l'acte c'est clair qu'il va falloir trouver autre chose parce que ça ne fonctionne plus, ça ne correspond plus à grand chose* », et *M7* tranche : « *le paiement à l'acte c'est complètement obsolète (…) on est arrivé au point de non retour* ».
M14 est plus philosophe et a conclu l'entretien ainsi : « *Peut être que médecine générale et exercice libéral ne sont plus compatibles* ».

D'autres médecins interrogés regrettent également que l'acte ne soit pas assez coté, ce qui a plusieurs conséquences :

- Il n'est pas assez rémunérateur pour les médecins, comme le remarque *M5* : « *20 minutes à 23 euros…* », et *M6* qui n'hésite pas à faire des comparaisons « *c'est moins cher que chez le coiffeur, moi je vais chez le coiffeur y'en a pour 15 minutes et c'est 20 euros* ». *M2* propose à ce sujet « *il faut limiter le nombre d'acte mais augmenter la rémunération de l'acte* ».
- Il dévalorise le travail du médecin, c'est ce que sous entend *M6* : « *23 euros dans l'esprit des gens c'est que dalle* ».
- Il nuit à l'attractivité de la médecine générale libérale auprès des étudiants en médecine et des internes. *M3* soulève ce problème : *« On va droit dans le mur et les jeunes médecins n'ont pas envie de s'installer dans les conditions où nous on s'est installés* ».

Indirectement de cet aspect découle un autre sentiment pour certains des médecins interrogés, qui est que le paiement à l'acte favorise la quantité d'actes au détriment de leur qualité. *M2* nous dit : *« c'est comme le paiement à l'acte, c'est pour favoriser le volume* ». Et ceci entraine une certaine frustration chez ce médecin qui regrette de ne pouvoir prendre ses patients en charge de manière optimale : *« On envoie les gens à l'hôpital pour ne pas perdre de temps (…) certains patients nécessitent une heure mais c'est*

pas possible ». *M14* partage cet avis que le paiement à l'acte ne tient pas compte de la qualité de l'acte : « *si on valorise le contenu c'est sûr je gagnerais mieux ma vie* ».

Autre aspect négatif du paiement à l'acte relaté par certains des médecins interrogés, c'est que ce mode de rémunération influe négativement sur la perception qu'on les patients de leur médecin, qu'ils considèrent comme un nanti, un privilégié
M5 remarque : « *En France on a un vrai problème là dessus, je pense que c'est un problème idéologique qui est quand même un peu lié au paiement à l'acte et au paiement direct. Ils sont surpris quand je leur donne le salaire moyen des généralistes* ».
Ce mode de rémunération direct entretiendrait donc cette image d'Epinal « *On est resté dans cette représentation archaïque (…) le notaire, le curé, le pharmacien, le médecin, le maire…les nantis du village !* (rires) ».

Autre remarque, le paiement à l'acte est ressenti comme pouvant être gênant par *M4* qui lui reproche « *ce coté mercantile, ce coté commerçant…vous payez comment ? En liquide ? En chèque ?* ». Ce à quoi ses collègues ont trouvé une parade : « *ici dans la maison médicale c'est la secrétaire qui encaisse pour certains de mes collègues, comme ça on sépare un peu* ».

3.3.2 Avis sur le paiement à la performance.

Les avis positifs :

Peu de médecins interrogés reconnaissent dans le mode de rémunération à la performance des avantages, sans doute parce qu'ils l'associent au CAPI.
Nous relevons tout de même quelques bénéfices à ce mode de rémunération.

Certains lui concèdent tout de même comme intérêt de stimuler la formation continue des médecins, comme l'exprime *M6* : *« c'est un bon moyen de se stimuler, donner l'envie de progresser* ».

Pour *M7*, c'est aussi un moyen de favoriser les médecins ayant une bonne pratique, par opposition à ceux qui ne feraient pas assez d'efforts pour suivre les recommandations. Ainsi ce mode de rémunération, contrairement au paiement à l'acte, permettrait de faire bénéficier d'augmentation d'honoraires surtout les médecins dont la pratique

correspond aux recommandations: *« qu'on arrête de donner à tout le monde mais qu'à ceux qui font des efforts* ».

Pour *M9*, la rémunération à la performance permettrait d'améliorer et d'homogénéiser les pratiques des médecins : « *ça incite à ne pas faire n'importe quoi. Le principe de cadrer je ne pense pas que ça puisse être mal, on voit des fois n'importe quoi*. »

Les avis négatifs :

Les aspects négatifs du paiement à la performance ont été plus largement relevés par les médecins interrogés, et là aussi certaines similitudes avec le CAPI ressortent.

La crainte que ce mode de rémunération ne soit une perte de liberté est ainsi retrouvée :

- Une perte de liberté pour les médecins tout d'abord est noté par *M4* : « *on est là pour soigner des gens, pour apporter nos connaissances, on est pas là pour rendre des comptes à des organismes sociaux qui définissent les règles* ».

- Une perte de liberté pour les patients est également relevé par *M11* qui craint que ce mode de rémunération puisse amener certains patients à être rejetés par des médecins : « *Les patients qui ne veulent pas entrer dans les cases (…) les médecins vont les rejeter et ça c'est dramatique* ».

Pour ce médecin, le paiement à la performance n'est pas compatible avec l'exercice de la médecine, car il n'existe pas d'obligation de résultats dans l'exercice de la médecine : *« Je pense qu'on a pas à répondre à une performance (…) on a une obligation de moyen c'est sûr, une obligation de résultats un peu moins*. » *(M11)*

Comme pour le CAPI, certains médecins interrogés craignent une dérive économiste dans l'application des indicateurs de performance. Ainsi *M9* note « *je ne veux pas que ça soit dans le sens d'économies, purement économique pour le patient, là non.* »

Les autres remarques des médecins interrogés sont plus de nature organisationnelle :

- Certains craignent une surcharge de travail si les indicateurs se révélaient trop nombreux, comme l'exprime *M5* qui prend l'exemple britannique : *« Ils* (les médecins anglais) *sont confrontés à énormément de recommandations qu'ils doivent suivre. Ils n'ont*

pas vraiment de temps de discussion avec les patients, ils sont là pour faire de la médecine point barre ».

- D'autres expriment des doutes quand à la faisabilité d'un tel mode de rémunération. Difficulté pour la création d'indicateurs, difficulté pour le calcul des résultats de chaque médecin, comme le souligne *M1* : « *Comment on va juger de la performance ou des résultats ? Quels vont être les critères ? Il y a des résultats difficilement chiffrables.* »

- *M7* ajoute que la part de cette rémunération complémentaire au paiement à l'acte doit elle aussi être discutée : « *c'est le montant et la proportion de cette rémunération qu'il faudra surveiller.* »

Enfin la crainte de sanctions amène *M3* à s'interroger : « *On est jugé, évalué par des items, mais est ce que c'est jugés et sanctionnés ?* »

3.3.3 Avis sur le paiement par capitation.

Avis positifs

Là encore peu d'avis positifs ont été exprimés, et ils concernent plutôt des aspects structurels et organisationnels de l'exercice libéral :

Ainsi pour *M9* ce mode de rémunération permettrait une meilleure qualité d'exercice : « *ça nous permettrait de travailler différemment (…) nous on sera moins surmené* ».

Ce mode de rémunération pourrait également attirer les jeunes médecin vers l'exercice libéral, c'est ce que pense *M8* : *« un revenu forfaitaire pourrait aider à l'installation, il permet d'avoir un revenu fixe à l'installation et pas d'avoir cette angoisse d'attendre le patient* ».

Il pourrait également participer au financement de la structure du cabinet lui même, comme le note *M7* : *« Le forfait structure, tout ça je suis pour ».*

M14 penche aussi pour ce mode de rémunération, qu'il juge non compatible avec l'exercice libéral : *« Et puis être salarié des caisses pourquoi pas de toute façon on l'est déjà* ».

Avis négatifs

Comme pour les autres modes de rémunération détaillés précédemment, on retrouve dans ces entretiens des arguments assez proches de ceux énoncés contre le CAPI.

Le paiement par capitation nuit à la liberté des médecins libéraux.
Il existerait un risque d'aliénation aux caisses d'assurance maladie, comme l'exprime *M4* « *j'ai toujours peur que si on a un paiement par capitation on dépende un peu du budget des caisses* ».
Il placerait le médecin comme étant au service des patients, comme s'en inquiète *M10* : « *on va avoir une surcharge de travail. Si on est payé par capitation on ne pourra pas refuser de voir les malades puisqu'on serait payé pour ça, donc là c'est une course aux heures* », ce à quoi il ajoute : « *Je crains beaucoup ce type de rémunération*. »

Il porterait atteinte aux libertés du patient.

- Il rencontrerait des difficultés d'accès au soins puisque les médecins consulteraient moins : « *Pour l'accessibilité aux soins ce n'est pas l'idéal (…) je ne suis pas persuadé qu'avec ce système là le patient s'y retrouve* » *M6.*

- Il perdrait en liberté de choix du médecin qui, selon *M12,* chercherait à s'accaparer des patients plus rémunérateurs : « *La capitation je suis pas pour, ça inciterait à recruter que des patients qui rapportent* ».

Le paiement par capitation ne serait pas économiquement intéressant pour les caisses :
Il est plus coûteux, c'est en tout cas ce que pense *M2* : « *si on passe en rémunération par capitation ou forfait, la sécu est perdante* ».
Surtout que le patient serait amené à consulter plus sans prendre conscience de la dépense publique qu'il engendre, comme l'exprime *M10* : « *si on nous change pour la capitation, les patients n'auront aucun frein à consulter, et ils n'auront plus aucune idée de la dépense que ça représente »*.

Le paiement par capitation ne doit pas être l'occasion de diminuer la rémunération des médecins, c'est ce que nous dit *M7* : « *le paiement forfaitaire je m 'en méfie énormément (…) si on nous dit que nos diabétiques doivent être au forfait ça dépend de ce qu'on compte dans le forfait* ».

Discussion

4.1 : Discussion de la méthode.

4.1.1 Points faibles de l'étude.

4.1.1.1 Les biais inhérents à la méthode choisie.

- Cette analyse a été réalisée en prenant conscience que les thèmes abordés lors des entretiens ne constituaient pas un consensus parmi les médecins rencontrés. Nous essaierons de le signifier lors de la discussion.

- De plus, bien que notre volonté soit d'être le plus objectif possible, nous restons conscients du biais que constitue notre profession et de notre implication dans cette recherche.

- Enfin la grille d'entretien pèche peut être par ses questions trop ouvertes. Ce parti pris a posé des freins pour approfondir les réponses recueillies, ce qui aurait pu amener à orienter le débat.

4.1.1.2 Autres biais constatés.

- D'une part les élections de l'URPS qui se sont déroulées en mai 2011 ont pu avoir un impact sur les paroles des médecins rencontrés, les premiers entretiens ayant eu lieu le 26 mai 2011, soit deux semaines environ après ces élections.

- D'autre part la signature de la dernière convention le 26 juillet 2011, les derniers entretiens ayant eu lieu le 17 août 2011. Cette convention comprend des nouveaux modes de rémunération et a été signée par les trois syndicats représentatifs.

- Enfin les médecins rencontrés ayant été recrutés en partie par recommandation d'autres médecins non signataires entretenant entre eux des relations confraternelles et souvent amicales, les réponses recueillies ont pu être moins variées que si le recrutement avait été purement aléatoire, ce qui n'est pas réalisable en pratique.

4.1.2 Points forts de l'étude.

4.1.2.1 Points forts de la méthode.

- Tout d'abord la saturation de l'information reçue a été obtenue.

- D'autre part nous avons pu réaliser une analyse croisée et une triangulation des données avec l'aide du Dr Sandrine Hugé.

4.1.2.2 Autres points forts.

- Nous avons pu multiplier les entretiens exploratoires avec des personnes concernées par le sujet et de points de vue différents ce qui nous a été bénéfiques.

- D'autre part nous avons pu réaliser des entretiens dans les quatre départements de la région Bretagne, ce qui a varié les lieux géographiques.

- Ce travail a été réalisé en même temps que celui d'Anne Gaucher Denoual qui a rencontré des médecins généralistes signataires du CAPI dans la même région et avec une méthodologie similaire (48). Les résultats de son travail permettront d'enrichir la discussion.

- Enfin le sujet de ce travail bénéficie d'une actualité riche, avec la signature de la convention le 26 juillet 2011 et les nombreux articles publiés dans la presse nationale sur les nouveaux modes de rémunération des médecins généralistes (49) (50).

4.2 : Les médecins généralistes rencontrés.

4.2.1 Les grandes similitudes des médecins rencontrés.

Le profil des médecins rencontrés a de nombreuses similitudes avec les médecins signataires rencontrés par Anne Gaucher Denoual dans son travail.
Ils ont un âge moyen comparable, des lieux d'exercice essentiellement ruraux ou semi ruraux, ils exercent généralement en groupe.

Des médecins impliqués et engagés.

Nous avons noté que les médecins rencontrés sont plus impliqués dans la formation (maîtres de stage) et dans les mouvements syndicaux que la moyenne nationale, ce qui a un impact non négligeable dans les résultats. Le mode de recrutement peut être en cause.
De plus les activités « hors cabinet » sont nombreuses : FMC, organisation de séminaires, appartenance à des groupes qualité, lecteurs de la revue Prescrire notamment.

Ainsi il serait faux de penser que les médecins non signataires ne sont pas préoccupés par l 'amélioration des pratiques et qu'ils refusent le CAPI car ils n'atteindraient pas les objectifs fixés. Les bons résultats qu'ils obtiennent dans les différents indicateurs leurs ont même été soulignés par les délégués de l'assurance maladie, ce qui leur aurait valu une rémunération.

Autre preuve constatée : les indicateurs basés sur les recommandations ne sont pas ou peu remis en cause.

4.2.2 Des arguments similaires mais à l'impact différent.

En comparant les travaux d'Anne Gaucher Denoual (48) à ceux du thésard, il apparaît rapidement que la grande majorité des idées allant contre le CAPI et celle plaidant en sa faveur sont identiques.

Mais l'importance donnée à ces idées est diamétralement opposée. Ainsi les non signataires veulent défendre à tout prix ce qu'ils perçoivent comme une liberté d'exercice, ils prêtent une grande importance aux idées syndicales. Ils paraissent également plus tranchés dans leur opinion. Ils ne nient pas des bénéfices au CAPI, mais soit ils les minimisent, soit ils ne les considèrent pas suffisants pour outrepasser ces désavantages.

Les médecins signataires semblent plus modérés dans leur propos et ont plus longuement hésité avant de signer ce contrat.

4.2.3 Quelques différences retrouvées.

4.2.3.1 Les entretiens.

Les entretiens réalisés ont été plus courts que ceux réalisés par Anne Gaucher Denoual. Pour quelles raisons ?

Il est probable que les médecins signataires aient voulu justifier leur décision de manière plus complète. Ils avaient une meilleure connaissance du CAPI et on largement commenté les indicateurs qui étaient généralement peu connus des médecins signataires.

De plus les entretiens n'ont pas eut lieu aux mêmes dates. Anne Gaucher Denoual les a réalisés début 2011, le thésard de mai à août 2011. Ainsi lors des entretiens les médecins signataires étaient plus nombreux et le CAPI déjà dans les cartons de la nouvelle convention. Peut être que les signataires se sentaient plus en position de force qu'à la sortie du CAPI en 2009 où il régnait alors une certaine « loi du silence » sur ce sujet sensible. Ceci explique peut être aussi la difficulté rencontrée pour recruter des médecins non signataires qui acceptent de s'exprimer à ce sujet.

Les entretiens ont été perçus comme assez rapides et souvent dans un contexte de surmenage des médecins, parfois revendiqué en début d'entretien.

Les médecins non signataires rencontrés ont ils plus d'activité « hors cabinet » ? Ont ils une gestion de leur temps de travail différente ? Etaient ils alors déjà conscients que le CAPI qu'ils rejettent allait bientôt être conventionné ?

4.2.3.2 Une saturation des données plus précoce.

La saturation des données a été assez précoce pour les entretiens réalisés avec les médecins non signataires, contrairement aux entretiens des médecins signataires.

Les arguments avancés étaient très proches, ce qui peut s'expliquer par exemple par le taux élevé de médecins soit syndiqués, soit sensibles aux arguments syndicaux ou ordinaux. De plus, les sources d'informations sur le CAPI font fréquemment appel à internet où les publications syndicales sont nombreuses. On retrouve dans certains entretiens des expressions employées par des mouvement syndicaux (comme « *le cheval de Troie* » par exemple).

Dans le groupe des médecins signataires, les arguments ont paru plus variés, et la saturation des données par conséquent plus tardive.

4.2.3.3 Une décision prise de longue date.

Autre différence retrouvée : les médecins non signataires avaient pour la grande majorité pris leur décision de ne pas signer avant que le délégué de la CPAM ne les rencontre, alors que les médecins signataires n'avaient pas d'avis tranché et on pris le temps de la réflexion.

Peut être est-ce du aux sources d'informations des non signataires. Certains des médecins disent s'être laissés « *influencer* » par un discours syndical opposé au CAPI, et avoir refusé ce contrat par principe, sans s'être penché sur le fond.

Chez les médecins signataires, on retrouve une certaine remise en cause des syndicats, et des références au contrat « médecin référent » qui avait été refusé par certains mouvements syndicaux avant d'être conventionné et voir sa rémunération supprimée. Cet épisode semble parfois source de regrets chez certains médecins signataires qui n'ont pas voulu revivre une expérience similaire.

Il est à noter également qu'un seul des médecins non signataires était prêt à le signer en l'état actuel, tous les autres ne souhaitant toujours pas y adhérer sauf si des modifications de fond étaient apportées.

4.3 : Les indicateurs du CAPI.

4.3.1 Un certain consensus en leur faveur.

Comme nous l 'avons vu peu de médecins non signataires se sont exprimés sur les différents indicateurs.

Plusieurs raisons à cela :

- Beaucoup n'ont pas lu le CAPI dans le détail. Le CAPI semble avoir été rejeté sur la forme plus que sur le fond.

- De plus les médecins rencontrés étant plutôt adeptes des bonnes pratiques il leur était difficile de critiquer ces items basés pour la plupart sur des recommandations de l'HAS, et la plupart ayant fait l'objet de réunions de groupes qualités. Le CAPI étant perçu comme un « *copié collé* » des groupes qualité, difficile de les critiquer.

4.3.2 Quelques remarques.

4.3.2.1 Les génériques.

Les indicateurs portant sur les génériques relancent le débat sur ces produits.

Les médecins non signataires n'estiment pas devoir être impliqués dans le coût du médicament. Les génériques sont vus comme bénéfiques pour les caisses, les pharmaciens et les laboratoires mais pas toujours pour le patient.

Les médecins doutent de l'efficacité de certains génériques, et d'autres ne souhaitent pas prescrire des génériques plutôt que des princeps qu'ils jugent plus adaptés au patient et à sa pathologie. Ils sont rejoints dans cette idée par la rédaction de la revue « Prescrire » (51-53) qui soulève le problème des antidépresseurs génériques (indicateur CAPI) dont la balance bénéfice/risque n'est pas toujours plus avantageuse que certains antidépresseurs non génériqués).

La prescription d'antihypertenseurs inscrits au tableau des génériques pousse à faire l'impasse sur certains traitements bénéfiques mais non génériqués. Cet indicateur serait donc un frein à une prise en charge optimale des patients.

Là aussi les médecins signataires expriment quelques doutes.

4.3.2.2 D'autres indicateurs critiquables.

D'autres indicateurs sont critiquables selon les données de la littérature.

Le dépistage par mammographie peut être remis en question, du fait de nombreux faux positifs et d'effets secondaires de la mammographie comme des cancers du sein radio induits.
L'indicateur portant sur la vaccination anti grippale est aussi critiqué par les deux parties, non pas sur son bien fondé qui fait l'unanimité, mais sur la difficulté à atteindre les objectifs. L'épisode de grippe H1N1 a certainement nui à la vaccination antigrippale.

Mais le débat sur le contenu des indicateurs est apparu bien marginal et ils sont sans doute le seul point que les médecins non signataires ne remettent pas en cause dans le CAPI. Pout tout le reste, la remise en cause est totale et parfois brutale.

4.4 : Le CAPI comme une atteinte aux libertés.

C'est la première idée qui ressort en force des entretiens : Le CAPI est perçu comme un outil d'atteinte au libéralisme médical «*C'est la seule motivation du libéral c'est d'être libre comme l'air et partir si je veux sans qu'on m'emmerde avec des contrats » .* La phrase est forte mais traduit bien la volonté de liberté des médecins interrogés et le refus de tout ce qui pourrait l'entraver. Les médecins signataires du CAPI ont aussi été nombreux à l'évoquer mais n'y ont pas attaché la même importance.
Le CAPI remettrait en cause :

- Le paiement direct : C'est une façon de n'avoir de compte à rendre à personne, et surtout pas à la caisse maladie. Car paradoxalement les médecins n'ont pas de mal à reconnaître qu'ils sont « *salariés de la caisse »* mais refusent tout contrôle de celle-ci sur leur activité.

- La liberté de prescription : Sous couvert d'homogénéisation des pratiques, le CAPI ne tienne pas compte des particularités des patients et de leur environnement.
Mais les objectifs du CAPI dans ces domaines ne sont pas de 100%, et qu'ils tiendraient donc compte des ces particularités et laisseraient au médecin son libre arbitre.

- La liberté des pratiques : Là encore des médecins reprochent au CAPI de pénaliser les pratiques particulières. Quant aux médecins signataires ils semblent voir dans le CAPI la reconnaissance de la « vraie » médecine générale par opposition aux médecins à exercice particulier (MEP) dont les contraintes ne seraient pas les mêmes.

Le CAPI ne contient pas de mesures pénalisantes en cas de non amélioration des pratiques. Donc libre au médecin signataire de modifier ses pratiques ou non. De plus, l'adhésion au CAPI est basée sur le volontariat.

- La relation médecin-malade : éthique et déontologique le CAPI ?

Peu de médecins rencontrés impliquent le patient dans leur réflexion.
Ils craignent que le CAPI entraine un risque de conflit d'intérêt, un risque de dérive vers la sélection du patient au profit de patients plus compliants, à l'hygiène de vie meilleure qui garantiraient de meilleurs résultats. Ce problème éthique et déontologique s'est aussi posé en Grande Bretagne lors de la création du QOF. Et pour amender ce risque le NHS a permis au médecin de retirer des patients qu'il juge pénalisant pour le calcul de ses objectifs (54).

Le médecin ne peut il être amené à prescrire plus d'examens que nécessaire à un patient pour optimiser ses résultats ? La question a été soulevée par un des médecins non signataire et mérite discussion.
Prenons l'exemple de l'indicateur portant sur la réalisation de 3 à 4 HbA1c chez un diabétique. Cet examen est-il indiqué chez un patient en soin palliatif ou âgé et dont le terrain fixe des objectifs glycémiques très large ? Le médecin signataire du CAPI pourrait donc être amené à réaliser 4 HbA1c par an par intérêt financier, au détriment du patient et des économies de santé.

Une autre crainte est exprimée par les médecins non signataires : le médecin ne risquerait-il pas de se transformer en « *dictateur de l'hygiène de vie* » ? Le discours de prévention et d'éducation à la santé du médecin envers son patient ne risque t il pas de devenir trop insistant, voir biaisé par un conflit d'intérêt?
Cet avis est partagé par les médecins signataires qui se révèlent aussi mal à l'aise sur ce point. Ainsi aucun des médecins signataires du CAPI rencontrés par Anne Gaucher Denoual n'a informé ses patients de la signature de ce contrat. Celui-ci est en effet perçu comme « *opaque* » par le patient et les médecins craignent une perte de confiance de ceux-ci.

Une crise de confiance envers les médecins a été observée en Angleterre lorsque un lien entre le vaccin rougeole oreillon rubéole et l'autisme avait été suspecté. Les patients

accusaient alors les médecins de leur cacher la vérité pour poursuivre les vaccinations et garantir leurs revenus, au point que l'indicateur sur la vaccination a été remis en cause (55).
Qu'en serait-il si, comme en Angleterre, les résultats du CAPI étaient publics ?

Pour reprendre l'exemple britannique, une étude a néanmoins montré que les craintes de « sélection » des patients en fonction de leur terrain ou de leur compliance ne s'est pas vérifiée dans les faits après plusieurs années d'un paiement à la performance et dans un pays où la part des revenus liée à ce mode de rémunération est importante. La motivation intrinsèque des médecins anglais ne semble donc pas affectée.
Il faut noter également que le paiement à l'acte peut lui aussi entrainer un risque de sélection des patients, puisque un patient aux antécédents lourds demandera plus de temps lors d'une consultation qu'un patient jeune sans antécédent. Et pour une rémunération similaire.

4.5 : La CPAM en stratège militaire.

4.5.1 Un champ lexical explicite.

L'analyse du champ lexical utilisé par les médecins non signataires fait référence à une guerre entre CNAM et médecins généralistes libéraux.
Le CAPI est un « *cheval de Troie* », un « *loup dans la bergerie* », un « *coin dans la porte* ».
Les médecins sont *« pieds et poings liés* », à la merci de la CPAM, vue comme un dictateur qui « *cherche à tout contrôler* ».

4.5.1.1 Un contrat unilatéral : le problème de l'évaluateur.

La CNAM est ici accusée d'être à la fois juge et partie en créant ce contrat seule sans consulter les partenaires sociaux et sans concertation, en assurant seule le contrôle des objectifs et le calcul de la rémunération.
Car l'évaluation des résultats pose problème pour les médecins qu'ils soient signataires ou non. Le mode de calcul de la rémunération paraît obscure, le nombre de patients enregistrés dans la patientèle peu fiable et sans recours possible en cas de litige.
De même les prescriptions des confrères généralistes ou spécialistes peuvent être attribuées au médecin signataire et le pénaliser. Des examens réalisés par des spécialistes ou en milieu hospitalier ne sont eux pas pris en compte.

Le CAPI est donc ici perçu comme obscur et compliqué par tous les médecins.
Or il est montré que le paiement à la performance n'a de sens que si la performance est mesurable de manière fiable, c'est à dire si les médecins disposent d'outils informatique adaptés et efficace et que les caisses réalisent un calcul incontestable (23).

Le seul côté positif relevé chez les médecins: il est facile de se désengager du CAPI.
Néanmoins les médecins non signataires craignent pour l'évolution de ce contrat et la possibilité de mesures plus coercitives.

4.5.1.2 Des outils de jugement sans outil d'accompagnement.

Autre regret des médecins non signataires : cet outil est mis en place sans l'accompagner de mesures d'aide à l'amélioration des pratiques.
Certains médecins aimeraient obtenir de la caisse une information sur les patients ne bénéficiant pas de dépistage ou d'actes de prévention recommandés pour mieux améliorer leurs résultats au niveau du CAPI.
Néanmoins la CPAM fournit une liste nominative des patients non vaccinés contre la grippe ou n'ayant pas eu de mammographie depuis plus de deux ans.

4.5.1.3 Diviser pour mieux régner.

La caisse est diabolisée : « *ça créé deux groupes de médecins, montés les uns contre les autres et c'est le but du jeu* ». On l'accuse d'affaiblir volontairement la profession et ses représentants pour mieux arriver à ses fins. Il est vrai qu'aux débuts du CAPI, les médecins signataires restaient dans l'ombre des non signataires plus bruyants sur le sujet. Mais avec le succès de ce contrat et environ 16000 signataires en 2011, le rapport de force s'est inversé.
Avec l'entrée de nouveaux modes de rémunération dans la convention, cet argument risque de s'essouffler rapidement.

4.5.1.4 Un but économique inavoué.

Autre reproche cette fois de la part des non signataires uniquement. Le CAPI n'aurait qu'un intérêt économique et pas d'objectifs de santé publique. Les caisses sont accusées de privilégier « les économies de santé » au détriment de l'intérêt du patient.
Cet argument est quelque peu mis à mal par l'exemple britannique, qui n'a sûrement pas fait d'économie avec le système QOF, en tout cas à moyen terme.

4.5.1.5 Les médecins dans l'opposition.

Ainsi on perçoit à travers ces entretiens que les médecins non signataires se positionnent un peu comme en croisade contre un ennemi de la liberté, appuyés dans cette démarche par les syndicats (46) (47) et le conseil de l'ordre des médecins.

Et on voit l'opposition souvent systématique qu'ils expriment vis à vis des caisses : « *Je ne supporte pas de signer des contrats, je suis libéral* ».

Certains ont toujours refusé tout contrat avec elles : refus du contrat médecin référent bien sûr, mais aussi prime à l'informatisation (bien que tous ceux rencontrés soient informatisés et souvent de manière très précoce).

Cette résistance passe aussi parfois dans le refus catégorique de recevoir les délégués de l'assurance maladie et les secrétaires sont mises à contribution en filtrant les appels des représentants des caisses.

Là aussi, cette position est paradoxale, puisque la majorité d'entre eux reconnaissent être comme « *salariés des caisses* », d'autres trouvant raisonnable que le payeur veuille contrôler ses dépenses. Autre paradoxe : les médecins ont accueilli favorablement les « groupes qualité » il y a quelques années (alors à l'initiative de l'URPS) dont les similitudes avec le CAPI ont été soulignées par certains praticiens. Or le CAPI proposé par les caisses d'assurance maladie a été rejeté. Cela nous amène à penser que le refus de ce qui émane de la CNAM est aussi une raison du refus du CAPI.

Il faut ajouter a cela que si certains médecins syndiqués suivent les avis exprimés par leur syndicat, la majorité des médecins libéraux n'est pas syndiquée et certains ne se retrouvent pas dans les publications. La question de la représentativité des syndicats se pose depuis plusieurs années (56).

4.5.2 Le CAPI, une « *coquille vide* » ?

Les médecins non signataires semblent nombreux à le considérer comme « *une coquille vide* ».

En effet la grande majorité des médecins non signataires rencontrés auraient déjà de bons résultats sur les indicateurs du CAPI. Ils ne voient donc pas d'effet probant sur l 'amélioration des pratiques.

Il est vrai que les comparaisons entre médecins signataires et les médecins éligibles non signataires retrouvent de minimes différences de résultats dans certains indicateurs. Il

est intéressant de constater d'ailleurs que les deux groupes ont tendance à s'améliorer d'années en années. En Angleterre et aux Etat Unis, l'expérience du paiement à la performance est plus ancienne mais les études réalisées pour mettre en évidence le bénéfice de ce mode de rémunération n'ont pas été très concluantes, au vu du nombre de biais difficile à écarter. En effet si dans ces pays une amélioration des pratiques a été constatée, il est difficile d'évaluer précisément le rôle du paiement à la performance dans ces résultats. Une étude britannique montre que les pratiques se sont améliorées notamment pour le suivi du diabète et des maladies cardio-vasculaires, mais selon la même progression que celle constatée avant l'instauration du P4P. Seul l'équilibration des patients asthmatiques semble plus patente, et la qualité des soins paraît mieux répartie sur le territoire britannique. En France la comparaison entre médecin signataire et non signataire montre une amélioration des deux groupes quasi identique.
Néanmoins le paiement à la performance dans ces pays continue à se développer et personne pour l'instant ne remet en cause son existence.

Mais si certains médecins non signataires ne voient pas d'intérêt à adhérer au CAPI pour leur pratique, ils considèrent néanmoins qu'il pourrait être avantageux pour les confrères moins « performants » pour lesquels ce contrat serait un bon déclencheur de l'amélioration des pratiques.

4.6 : La rémunération.

4.6.1 La rémunération du CAPI.

Le point de vue sur la rémunération allouée au CAPI cristallise l'opposition entre signataires des non signataires du CAPI. Sur ce sujet des différences ressortent :

4.6.1.1 Un raisonnement mathématique différent.

Il est curieux de constater que, dans un groupe comme dans l'autre, des médecins ont faits leurs calculs.
Parmi les médecins non signataires, la rémunération est franchement insuffisante. Un paradoxe pour un contrat vu comme n'ayant pas d'incidence sur les pratiques. Un des médecins a fait ses comptes et après calcul, le CAPI ne représenterait que quelques centimes par consultation ce qui est perçu comme insuffisant.

Pour des médecins signataires, la rémunération du CAPI est perçue comme correcte, bien que variable d'un médecin à l'autre. Là aussi certains ont fait leurs comptes: la rémunération du CAPI représenterait environ un euro de plus par acte, ce qui est pour certains l'occasion de revenir sur un épisode de contestation de la profession. En effet l'acte était resté à 22 euros après la convention de 2005, malgré la promesse d'une réévaluation à 23 euros, qui n'arrivera qu'au premier janvier 2011.

4.6.1.2 Un problème de fond.

Etre rémunéré pour s'améliorer, cela signifie-t-il que les médecins ne sont pas suffisamment compétant ? Où plus dérangeant encore, qu'il faille obligatoirement les rémunérer plus pour qu'ils travaillent mieux ?

Pour les médecins signataires l'amélioration des pratiques ne doit pas passer par une rémunération financière. La rémunération du CAPI est perçue comme une « *carotte* » pour inciter à se former (55). En effet, percevoir une rémunération pour s'améliorer signifie t-il que la pratique actuelle est médiocre ? Ce contrat pourrait être perçu comme une remise en cause des compétences des médecins.

Les médecins non signataires ne souhaitent pas non plus être rémunérés pour réaliser des économies de santé via leurs prescriptions médicamenteuses, cette idée les dérange. Les médecins signataires eux ont un avis différent et voient dans cette rémunération une certaine reconnaissance de leur travail et des tâches « hors cabinet » qui leur incombent. Par le CAPI ils obtiennent une récompense pour l'intérêt qu'ils portent à l'amélioration de leur pratique et à la formation continue, il rémunère leur rôle de médecin coordinateur des soins et les autres tâches administratives.

4.6.2 La rémunération des médecins libéraux.

Ces entretiens ont été aussi l'occasion de recueillir l'impression des médecins non signataires sur leur rémunération et l'avenir qu'ils envisagent. Force est de constater que peu de modes de rémunération ont leur faveur et que si la majorité d'entre eux veulent du changement, les alternatives au paiement à l'acte ne les séduisent guère.

4.6.2.1 Un paiement à l'acte remis en question.

De nombreux médecins remettent en cause le paiement à l'acte tel qu'il existe actuellement. Pas assez rémunérateur, et surtout ne valorisant pas assez le médecin et son travail. Les médecins se comparent soit à des professions vues comme à moindre

formation et à moindre responsabilité (les coiffeurs en l'occurrence) ou à d'autres professions à formation équivalente (les avocats), voire à des professions à mêmes responsabilités mais aux avantages plus importants (les contrôleurs aériens).
L'acte n'est pas assez valorisé et ils souffrent de la comparaison avec ces autres professions, ce qui a d'après eux des répercussions sur la relation médecin-malade se dégradant, du fait d'une perte « *d'aura* » et d'une banalisation de son travail.

Des comparaisons ne semblent pas à son avantage :
Les médecins généralistes sont les médecins libéraux parmi les moins rémunérés en France et leur revenus n'augmentent pas autan que celle des autres spécialités médicales notamment les spécialités techniques.
La comparaison avec les médecins des pays européens de l'Ouest ne joue pas non plus en leur faveur, les médecins français étant parmi les moins bien rémunérés parmi nos plus proches voisins d'Europe de l'Ouest.

Néanmoins certains médecins souhaitent conserver ce mode de paiement et à travers lui le paiement direct auquel ils sont attachés, pour garantir leur liberté et leur autonomie. Quelques modifications pourraient lui être apporté : une cotation différente de l'acte selon son contenu a été proposé par certains médecins (une CCAM clinique), à l'image de spécialités médicales plus techniques.

4.6.2.2 Des alternatives non consensuelles.

Les autres alternatives proposées (paiement à la performance, capitation) ne font pas partie des souhaits des médecins non signataires qui retrouvent en elles les mêmes défauts qu'au CAPI, à savoir perte de liberté, dépendance aux caisses et en un mot : la fin de la médecine libérale.
Certains néanmoins se résignent à attendre des changements qu'ils jugent inéluctables. M14 fini par ces mots : « *peut être médecine générale et exercice libéral ne sont plus compatibles* ».

4.7 L'avenir.

4.7.1 La nouvelle convention.

4.7.1.1 Généralités.

La convention 2011 (57) apporte des changements importants dans la rémunération du médecin généraliste libéral. Elle a été signée par l'UNCAM et trois syndicats représentatifs (la CSMF, MG France et le SML).

Si le terme « CAPI » disparaît au profit de celui de « nouveaux modes de rémunération » (NMR), le contenu en reste proche. Avec désormais 29 indicateurs, ce nouveau contrat reste basé sur le volontariat mais semble être la seule possibilité pour le médecin d'accroître son revenu, l'acte n'étant pas réévalué.

La majorité des indicateurs du CAPI sont présents, certains sont modifiés comme la réalisation d'un fond d'œil chez les patients diabétiques qui passe d'annuelle à une fois tous les deux ans.(voir **annexe 4** : récapitulatif des indicateurs)

On peut toujours regretter que le mode de recueil des résultats reste toujours basé sur les mêmes outils et soumis aux même biais, et que le calcul de la rémunération soit toujours aussi obscur.

4.7.1.2 Des différences.

Tout d'abord le nouveau contrat s'adresse à tous les médecins libéraux y compris les non généralistes, mais seulement pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet.

De plus il est conventionné donc il a été discuté avec les représentants de la profession.

Autre différence, il existe maintenant des indicateurs portants sur le cabinet médical lui même et pas seulement sur des critères médicaux.

Enfin, à chaque indicateur est attribué un nombre de points, et c'est la somme des points obtenus qui donne droit à une rémunération. Ce système permet de pondérer les indicateurs en fonction de leur importance en santé publique par exemple.

4.7.1.3 L'impact.

Une grande partie des médecins signataires ont indiqué qu'ils seraient prêts à revoir leur position si le CAPI était conventionné. Dans une interview récente (59), le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie, Frédérique Van Roekeghem, montre une grande confiance dans ce nouveau mode de rémunération en « ne voyant pas ce qui

conduirait les médecins à ne pas adhérer au système ». L'avenir nous dira si les nouveaux modes de rémunérations conventionnés feront l'unanimité.

4.7.2 Les possibilités d'évolution.

Les exemples étrangers et l'exemple britannique en particulier peuvent nous permettre d'entrevoir des possibilités d'évolution. Si les mesures répressives semblent peu probables, il est possible qu'à l'avenir les résultats des médecins puissent être rendus publics. La question de la part de rémunération liée au paiement à la performance reste aussi en suspend. La part moyenne du CAPI dans les revenus totaux des médecins signataires n'est pas établie pour l'instant.

Conclusion

Si le paiement à l'acte est resté longtemps l'unique mode de rémunération des médecins libéraux, force est de constater qu'il ne correspond plus aux exigences de la médecine de premier recours ni aux modifications de la politique de santé de ces dernières années.
Le dépistage, la prévention et l'éducation à la santé sont devenus des rôles prépondérant du médecin généraliste qui n'est désormais plus seulement un « soignant », mais aussi un coordinateur et le principal accès aux soins de deuxième ligne pour des patients de plus en plus âgés, dépendants et souffrant de maladies chroniques nécessitant un suivi plus complexe.

C'est dans ce contexte qu'est apparu le CAPI début 2009, d'inspiration anglo-saxonne. Son but : améliorer l'efficience du système de santé en incitant les médecins généralistes à homogénéiser leur pratique selon des recommandations et à mieux contrôler les dépenses de santé. Il permet également l'introduction d'une rémunération complémentaire au paiement à l'acte moins marginale que celles pré-existantes.
Mais l'accueil par les médecins concernés fut d'abord plutôt hostile et le CAPI fut immédiatement rejeté par l'ensemble des syndicats et le conseil national de l'ordre des médecins.
Les reproches faits à ce contrat étaient multiples mais portaient principalement sur le fond plus que sur la forme : atteinte aux libertés historiques du médecin libéral, ingérence des caisses d'assurance maladie, impact éthique et déontologique et risque de sélection des patients, intérêt limité pour l'amélioration des pratiques et bénéfice économique discutable, tels sont les principaux reproches que les médecins non signataires expriment largement. Le bien fondé de certains indicateurs et la complexité du calcul des objectifs et de la rémunération sont également remis en question.
Les médecins signataires partagent ces inquiétudes mais soulignent l'intérêt de ce contrat pour promouvoir les nouveaux rôles des médecins généralistes et l'incitation à la formation continue, sans nier l'apport financier qu'il procure. Ils sont également conscients des limites du paiement à l'acte et de la nécessité de réfléchir à des alternatives complémentaires.

Plus de deux ans après sa création et ayant séduit plus du tiers des médecins concernés, le CAPI cède sa place au paiement à la performance, inscrit cette fois ci dans la

convention de juillet 2011 qui sera applicable début 2012. Il reste pour le moment basé sur le volontariat. Avec de nouveaux indicateurs et des domaines d'actions plus variés, certaines critiques du CAPI persistent, portant essentiellement sur l'évaluation des résultats.

Mais l'exemple d'autres pays lancés depuis de nombreuses années dans des modes de rémunération à la performance, montre que les bénéfices sont difficiles à évaluer tant sur le plan économique que sur la santé publique.

Par son conventionnement, la rémunération à la performance semble entérinée et promet des modifications profondes des pratiques et du mode d'exercice des médecins généralistes libéraux. Quelles en seront les prochaines évolutions ? Quelle part de la rémunération sera liée au paiement à l'acte ? Quel en sera l'impact économique et en santé publique ? Quel accueil les patients réserveront ils à ce mode de rémunération de leur médecin ?

Il faudra attendre quelques années, voire quelques décennies pour en mesurer pleinement les bénéfices.

NOM et Prénom : NIFENECKER Romain

Imprimé n° 4

TITRE DE LA THESE

La rémunération à l'acte des médecins généralistes et la rémunération forfaitaire : Une approche des raisons du refus à l'adhésion du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition.

31 AOUT 2011

Rennes, le 25 juin 2011

Le Président de Thèse

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université

G. CATHELINEAU

BIBLIOGRAPHIE

(1) Frechou H et Bellamy V, *Les revenus libéraux des professionnels de santé*, DRESS Série sources et méthodes n°16, [en ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/servicesource-methode16-2.pdf, juillet 2010, 58p.

(2) Frechou H et Guillaumat-Tailliet F, *Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007*, DREES, [in] Etudes et Résultats 2009, 8p.

(3) Bonnici B., *La politique de santé en France*, PUF « Que sais-je ? » n°2814, 2007, 97-121.

(4) Direction de la sécurité sociale, *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2010*, 2011 [En ligne] www.securite-sociale.fr/chiffres/chiffres_cles/2011_chiffres_cles.pdf

(5) Majnoni d'Intignano B., *Santé et économie en Europe*, PUF « Que sais-je ? » n°3620, 2001, 76-105.

(6) Gallois P., Médecine au quotidien... Soigner et prendre soin : le malade autan que la maladie, chapitres 39, 40 et 41, UnaformeC 2009, 341-8.

(7) Fauvet L. Les affections des étudiants en médecine à l'issue des épreuves nationales classantes en 2010. DRESS, *Études et Résultats*. juin 2011 ; n°767

(8) Samson AL, *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins?,* La découverte, Regards croisés sur l'économie, 2009, 144-158

(9) Assurance-Maladie. 12 600 médecins traitants ont adhéré au CAPI en 6 mois. http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/844.php. décembre 2009

(10) Pratiques Rédaction, Que disent les économistes, paiement à l'acte, capitation ou salariat : avantages et inconvéniants [in] Rev *Pratiques*, Les éditions des cahiers de la médecine utopique 2007, 34

(11) Palier B., *Les réformes des systèmes de santé*, PUF « Que sais-je ? » n°3710, 2004, 13-95.

(12) Aballea P, Bartoli F, Eslous L, Yeni I, *Les dépassements d'honoraires médicaux*, rapport IGAS n° RM2007-054P avril 2007 [En ligne] http://lesrapports.ladocumentationfrançaise.fr/BRP/074000319/0000.pdf.

(13) *Présentation du système forfaitaire pour les patients fait par le groupe financement de la Fédération des maisons médicales*, Fédération des maisons médicales [en ligne] http://www.maisonmedicale.org/les-maisons-médicales-au-forfait.htlm , 2010

(14) INAMI, site officiel, http://www.inami.fgov.be

(15) *Vers un système de santé plus performant, résumé*, [in] Vers un système de santé plus performant, OCDE, Les éditions de l'OCDE, 2004, 23p.

(16) IRDES, *Les conventions médicales : Historique*, août 2010, [En ligne] www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf

(17) Rosman S, Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas [in] *Singuliers Généralistes,*

Sociologie de la médecine générale, Schweyer FX et Bloy G, presses de l'EHESP, 2010, 23-40

(18) Caisse nationale d'assurance maladie, *Consommation et dépense de médicaments en France et en Europe, évolution 2006-2009*, point info du 10 mars 2011 [En ligne] www.ameli.fr/fileadmin/usc=download/documents/DP_consommation_medicaments_en_europe_vdif_01.pdf

(19) *Paiement à la performance : la CNAM enquête à l'étranger.* Le quotidien du médecin, 19 mai 2011, 8966 :3

(20) Department of Health, *Quality and Outcomes Framework*, London : Departement of health, 2008 [en ligne] http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/index.htlm

(21) Heath Iona, *The quality and outcomes Framework (QOF) Transforming general practice*, Ed by Stephen Gillam and A Niroshan Siriwardena, Radeliffe Publishing Ldt, 2001, 170p

(22) Lafortune G, Fujisawa R, *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries : What are the factors influencing variations across countries ?* 2008, OCDE Health Working Paper 43, 63p

(23) Bras PL et Duhamel G, Les nouveaux défis des professions de santé, le système de soin anglais, un modèle pour la France ? [in] Rev *Les Tribunes de la Santé*, n°26, Les éditions de santé, 2010, 39-48.

(24) Pratiques Rédaction, Angleterre : la rémunération à la performance et objectifs de santé publique [in] Rev *Pratiques*, Les éditions des cahiers de la médecine utopique 2007, 45

(25) Bras PL et Duhamel G, *Rémunérer les médecins selon leurs performances, les enseignements des expériences étrangères*, rapport IGAS n° RM2008-047P, [en ligne] http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000596/0000.pdf,2008, 65p

(26) Bernstein D, *Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan*, rev. ADSP 2008 : 65 : 49-52

(27) Campbell S., Reeves D., Kontopantelis E., Sibbald B., Roland D, « *Effects of pay for performance on the quality of primary care in England* », New England Journal of Medicine 2009, 361 :368-78

(28) Department of Health, *Developing the Quality and Outcomes Framework : proposals for a new independent proces* , 12th march 2009 [en ligne] http://webarchive.nationalarchives.gov.uk

(29) Petersen L, Woodard L, Urech T, Daw C, Sookanan S. *Does Payment for Performance improve the quality of care ?* , Annals of Internal Medicine 2006 : 145, : 265-72, [en ligne] http://www.annals.org/content/145/4/265.full.pdf+htlm

(30) Epstein A., « *Pay for performance at the tipping point* », New England Journal of Medicine 2007, 356 : 515-7

(31) OCDE, Dépense de santé et financement, 2009, [En ligne] http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCodes=SHA&lang=fr

(32) Fischer E., « *Paying for performance : Risks and Recommandations* », New England Journal of Medicin 2006, 355 :1845-7

(33) Bloy G, La constitution paradoxale d'un groupe professionnel [in] *Singuliers Généralistes, Sociologie de la médecine générale*, Schweyer FX et Bloy G, presses de l'EHESP 2010, 117-31

(34) Schweyer FX, Démographie de la médecine générale [in] Bloy G. et Shweyer FX, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP 2010, 41-53

(35) Morelle A. et Tabuteau D., *La santé publique*, PUF « Que sais-je ? » n°3826, 2010, 69-89.

(36) Bloy G, Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus [in] Bloy G. et Shweyer FX, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP 2010, 75-95

(37) 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 avril 2009 page 6839, texte n° 34.

(38) *Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), une dynamique au bénéfice des patients*, Point information CNAM, 16 septembre 2010, 11p.

(39) Aubert JM, Polton D, Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles : un élément de stratégie d'efficience, CNAMTS 2009, 19p.

(40) Alberny P et Charrondière H, Rémunération à la performance et contractualisation individuelle avec l'assurance maladie, l'adhésion des médecins généralistes au CAPI, Direct Research 2009, 32p

(41) Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I, *Les méthodes qualitatives*, PUF « Que sais-je ? » n° 2591, 2009, 11-29, 76-120.

(42) Kaufmann JC, *L'enquête et ses méthodes, l'entretien compréhensif*, Armand Colin, 2008

(43) Drapeau M, *Les critères de scientificité en recherche qualitative*, Elsevier, Pratiques Psychologiques 10, 2004, 76-86

(44) Blanchet A, Gotman A, *L'enquête et ses méthodes, L'entretien*, Armand Colin, 2010

(45) Levasseur G, *Initiation aux méthodes de recherche*, Faculté de médecine de Rennes, Département de médecine générale, 2007, 9-21, 31-58

(46) Ménard D, *Le CAPI cheval de Troie de la privatisation de l'offre de soin*, SMG [consulté en ligne] http://www.smg-pratiques.info/le-CAPI-cheval-de-Troie-de-la.htlm.

(47) UNOF-Sachez résister au CAPI ! [Internet]. [cité 2010 Jan 4]; lien internet: http://www.unof.org/spip.php?article906&var_recherche=capi

(48) Gaucher-Denoual A, *Bilan à un an de la signature par les médecins généralistes bretons du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*, 2011. Th Med : Uni Rennes 1, 124p.

(49) Clavreul L, Les médecins devront soigner mieux pour gagner plus, [in] quotidien *Le Monde*, 22 juillet 2011, p8

(50) Hunsinger V et Petty F, Deux ans de CAPI, et maintenant ? [in] Rev *Le Généraliste*, 2011,2565, 11-14

(51) Prescrire Rédaction, Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) un tournant de l'exercice médical libéral en France ? Rev *Prescrire*, 2010, 325 (30), 854-65.

(52) Prescrire rédaction, Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) (suite et fin) un essai de rémunération « à la performance » à amender pour la qualité des soins, rev *Prescrire*, 2010, 326 (30), 932-40.
(53) Prescrire rédaction, Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : à amender pour la qualité des soins (suite), Rev *Prescrire*, 2011, 333 (31), 555-6.
(54) Slowther A., Ford S., Schofield T. (2004). Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. *J Med Ethics,* 30 (2) : 151-5.
(55) Saint-Lary O, *Problématiques éthiques soulevées par l'introduction du paiement à la performance en France dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)*. Mémoire de Master 1, 2010 : Uni Paris Descartes 60 p.
(56) Hassenteufel P, La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes, [in] Bloy G. et Shweyer FX, *Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010, 403-18
(57) *Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011*, 94p
(58) Assurance-Maladie. CAPI, 1ers résultats après une année d'existence. [En ligne] www.i-med.fr/IMG/pdf/dp-cnamts-100916-capi-cau-pdf.pdf, 16 septembre 2010.
(59) Panorama du médecin, Frédéric Van Roekeghem : « retrouver des relations pacifiées », rev Panorama du Médecin 5232, 6-10

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1 : Comparaison du profil des médecins signataires et non signataires (CPAM, novembre 2009).....p 33
Tableau 2 : Montant des rémunération versées aux médecins signataires du CAPI en Bretagne et part des médecins rémunérés en 2010 (CPAM 2011).....p 36

Figure 1 : Nombre de médecins signataires du CAPI par rapport à la population de médecins éligibles au niveau national au 1er septembre 2010 (CPAM).....p 33
Figure 2 : Répartition des médecins signataires par cantons en Bretagne (CPAM, mai 2011).....p 35
Figure 3 : Nombre de contrats signés selon la date d'effet (juillet 2009 à janvier 2011).....p 36

ANNEXE 1: La grille d'entretien

Grille d'entretiens dans le cadre de la thèse :

La rémunération à l'acte des médecins généralistes et la rémunération forfaitaire : Une approche des raisons du refus à l'adhésion du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) par les médecins généralistes bretons un an après son apparition.

Première partie : présentation du praticien.

- Age
- Sexe
- Année d'installation
- Lieu d'exercice
- Appartenez vous à un groupe ou association de médecins impliqués dans formation professionnelle ou l'amélioration des pratiques?

Deuxième partie : Le CAPI

- En quelle année vous a t on proposé d'adhérer au CAPI la première fois ? Vous l'a t-on reproposé depuis ?
- Que connaissiez vous du CAPI avant d'avoir été contacté par la CPAM ? Aviez vous un avis sur le CAPI avant qu'on vous le propose ? Aviez vous déjà décidé de ne pas le signer ?
- Comment vous êtes vous informé sur le CAPI ?
- Qui vous a proposé le CAPI ? (Un médecin conseil ? Un DAM ?)
    - Pour quelles raisons avez vous refusé de signer le CAPI
    (Quel est votre avis sur la rémunération du CAPI ?)

Troisième partie : Avenir

- Que pensez vous du CAPI aujourd'hui ?
- Qu'est ce qui pourrait vous faire changer d'avis ?
- L'idée circule que le CAPI, sous la forme actuelle ou sous une forme modifiée, pourrait être intégrée à la convention. Qu'en pensez vous ?
- Pensez vous que le CAPI puisse apporter un bénéfice pour le patient ? Pour le médecin généraliste ? Pour les économies de santé ?
- Que pensez vous du principe d'une rémunération à la performance ? Et aux résultats ?

Avez vous des remarques ? Voulez vous ajouter quelque chose ?
Souhaitez vous recevoir les résultats de ce travail ?

ANNEXE 2: Le CAPI, contrat tel qu'il est présenté aux médecins éligibles.

CAPI

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Entre les soussignés :

la caisse primaire d'assurance maladie de CPAM d'ILLE et VILAINE

(adresse) Cours des Alliés35024 RENNES CEDEX 9

désignée comme « la caisse »,

Et

le Docteur .....

(adresse) ....

Numéro d'identification : . .....

désigné comme « le médecin »,

Vu les articles L.162-5 et L.162-12-21 du code de la sécurité sociale ;
Vu la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ;
Vu la décision du directeur de l'UNCAM en date du 9 mars 2009 relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet du contrat

Le docteur . ..... et la caisse primaire de CPAM d'ILLE et VILAINE conviennent de conforter leur implication dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable. Leurs efforts s'articulent autour d'objectifs cohérents avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.
Dans l'intérêt des patients, les engagements du présent contrat sont soumis au respect de la liberté de prescription, les médecins étant tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 2 : Durée du contrat

Le contrat entre en vigueur le premier jour du trimestre civil suivant celui de sa signature.
Il est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3 : Engagements du médecin

Le médecin contractant s'engage :

- à consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse ;
- à favoriser la qualité de la prise en charge de ses patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle ;
- à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science.

Une liste d'indicateurs correspondant à ces engagements est jointe en annexe 1 au présent contrat.

Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le Docteur comme médecin traitant.

Article 4 : Engagements de l'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires à l'évaluation

L'assurance maladie s'engage à fournir chaque trimestre civil les données nécessaires au suivi du présent contrat.

4.2. Contrepartie financière

L'assurance maladie verse au médecin une contrepartie financière, tenant compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat, dont le montant est défini comme suit :

4.2.1. Pour chaque indicateur et pour la durée du contrat sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible. Ces éléments figurent en annexe 1 au présent contrat.

4.2.2. A chaque date d'anniversaire du contrat, le niveau de chaque indicateur est constaté pour l'année qui vient de s'écouler.

4.2.3. Un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur. Ce taux est calculé comme suit :

- si le niveau constaté est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 % ;
- si le niveau constaté est compris entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible, le taux de réalisation est inversement proportionnel à l'écart à l'objectif cible, majoré de 50 % ;
- si ce niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif cible, le taux de réalisation est égal à 100 % ;
- les formules correspondant à ces principes sont détaillées en annexe 2.

4.2.4. Une moyenne des taux de réalisation des indicateurs du champ « dépistage et pathologies chroniques » est calculée. Il en est fait de même pour le champ « optimisation des prescriptions ».

4.2.5. La contrepartie financière est versée chaque année dès lors que la moyenne des taux de réalisation pour chacun des deux champs est supérieure à 25 %.

Dans cette hypothèse, elle est égale à 7 euros par patient multipliée par le taux de réalisation moyen. Ce taux est calculé en affectant au champ « dépistage et pathologies chroniques » une pondération de 60 % et au champ « optimisation des prescriptions » une pondération de 40 %.

4.2.6. La contrepartie ainsi déterminée est versée au médecin par la caisse après mise à disposition des données chiffrées et conformément aux termes de l'article 5 du présent contrat, dans un délai de quatre mois suivant la date anniversaire du présent contrat.

4.2.7. Pour le cas particulier de l'indicateur sur la prise en charge des hypertendus, le médecin déclare son résultat estimé à la CPAM.

Article 5 : Suivi et accompagnement

5.1. Information des médecins par l'assurance maladie

L'assurance maladie informe le médecin sur les engagements liés au contrat et sur son fonctionnement.

5.2. Mise à disposition des données chiffrées par la caisse

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse a remis au médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également chaque trimestre, conformément à l'article 4, les données nécessaires au suivi de son contrat.

Pendant l'exécution du contrat, le médecin peut également demander un rendez-vous à un praticien-conseil auprès de la caisse pour tout élément d'information sur le suivi du présent contrat.

5.3. Bilan annuel

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, la caisse transmet au médecin un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée.

En cas de désaccord sur les résultats communiqués, le praticien peut demander à être reçu par le praticien-conseil auprès de la caisse. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire est établi en deux exemplaires, qui sont adressés au directeur de la caisse.

Dans un délai maximal de deux semaines à compter de la réception de ce document, le directeur de la caisse ajoute ses observations éventuelles sur chaque exemplaire et arrête le bilan établi contradictoirement. Un exemplaire est adressé au médecin.

Article 6 : Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation.

En cas de fraude à l'assurance maladie, de fausse déclaration, d'abus de droit, de non-respect par le médecin d'une des obligations du contrat, la caisse peut résilier le présent contrat. Le directeur de la caisse notifie au médecin signataire sa décision motivée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

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 sections locales mutualistes) ayant déclaré le Docteur comme médecin traitant (MT): 725

Les niveaux initiaux ont été calculés sur les données du médecin observées jusqu'au 30/06/2010.

Champ«DEPISTAGE ET PREVENTION - Suivi des pathologies chroniques»

Thème	Indicateur	Niveau Initial	Objectif Intermédiaire	Objectif cible
GRIPPE	Nombre de patients MT >= 65 ans ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe/Totalité des patients MT>=65 ans	60.1%	71%	75%
CANCER DU SEIN	Nombre de patientes MT 50-74 ans ayant eu une mammographie dans les 24 mois précédents/Totalité des patientes MT 50-74 ans	65.9%	73%	80%
VASODILATATEURS	Nombre de patients MT > 65 ans traités par vasodilatateurs/Totalité des patients MT > 65 ans	1.8%	<=9%*	<=7%*
BENZODIAZEPINES A DEMI-VIE LONGUE	Nombre de patients MT > 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue/Totalité des patients MT > 65 ans	5.8%	<=9%*	<=5%*
DIABETE	Nombre des patients MT diabétiques ayant 3 ou 4 dosages HbA1c dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	59.3%	55%	65%
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'oeil) dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	48.1%	52%	65%
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs sous statines/Totalité des patients MT diabétiques (hommes > 50 ans,femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs	70.6%	65%	75%
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs,statines et aspirine faible dosage/Totalité des patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines	58.3%	55%	65%
HTA	Part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels (<=140/90)	30.0%	40%	50%

* Les objectifs cible des indicateurs visés supra sont décroissants.

Les patients pris en compte sont ceux du régime général hors SLM qui ont 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.

Champ«OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS»

Indicateur	Niveau Initial	Objectif Intermédiaire	Objectif cible
Taux de prescription d'antibiotiques inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antibiotiques (en nb de boîtes)	71.1%	84%	90%
Taux de prescription d'IPP inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'IPP (en nb de boîtes)	63.3%	70%	80%
Taux de prescription de statines inscrites au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions de statines (en nb de boîtes)	67.1%	58%	70%
Taux de prescription d'antihypertenseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)	59.3%	55%	65%
Taux de prescription d'antidépresseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antidépresseurs (en nb de boîtes)	52.4%	70%	80%
Taux de prescription d'IEC/Prescriptions d'IEC et Sartans (en nb de boîtes)	43.7%	55%	65%
Nb de patients traités par aspirine faible dosage/Totalité des patients traités par antiagrégants plaquettaires	90.8%	84%	85%

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

Grille détaillée du suivi des indicateurs

Grille détaillée des niveaux constatés du docteur CAPI
n°3510.....

Document non contractuel.

Nombre estimé de patients tous régimes vous ayant déclaré comme médecin traitant (MT) : 904(*)

(*)Pour avoir une estimation tous régimes, le nombre des patients affiliés au régime général a été divisé par 0.74 (uniquement pour l'estimation du nombre des patients)

Date de signature du contrat : 31/12/2009 Date d'effet du contrat : 01/01/2010

Champ«DEPISTAGE ET PREVENTION - Suivi des pathologies chroniques»

Thème	Indicateur	Fréquence de mise à jour	Niveau Initial	Objectif Intermédiaire	Objectif cible	Dernier niveau constaté	Date de l'indicateur
GRIPPE	Nombre de patients MT >= 65 ans ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe/Totalité des patients MT>=65 ans	Trimestriel/ Mensuel	74.2%	71.0%	75.0%	indisp.	indisp.
CANCER DU SEIN	Nombre de patientes MT 50-74 ans ayant eu une mammographie dans les 24 mois précédents/Totalité des patientes MT 50-74 ans	Trimestriel	70.0%	73.0%	80.0%	66.7%	30/09/2010
VASODILATATEURS	Nombre de patients MT > 65 ans traités par vasodilatateurs/Totalité des patients MT > 65 ans	Trimestriel	14.6%	9.0%	<=7.0%*	14.2%	30/09/2010
BENZODIAZEPINES A DEMI-VIE LONGUE	Nombre de patients MT > 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue/Totalité des patients MT > 65 ans	Trimestriel	15.3%	9.0%	<=5.0%*	15.4%	30/09/2010
DIABETE	Nombre des patients MT diabétiques ayant 3 ou 4 dosages HbA1c dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	Trimestriel	47.1%	55.0%	65.0%	50.0%	30/09/2010
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'oeil) dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	Trimestriel	41.2%	52.0%	65.0%	36.1%	30/09/2010
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs sous statines/Totalité des patients MT diabétiques (hommes > 50 ans,femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs	Trimestriel	75.0%	65.0%	75.0%	68.2%	30/09/2010
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs,statines et aspirine faible dosage/Totalité des patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines	Trimestriel	53.3%	55.0%	65.0%	46.7%	30/09/2010
HTA	Part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels (<=140/90)	Annuel	30.0%	40.0%	50.0%	indisp.	indisp.

* Les objectifs cible des indicateurs visés supra sont décroissants.

Les patients pris en compte sont ceux du régime général hors SLM qui ont déclaré le docteur CAPI comme médecin traitant.

Champ«OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS»

Indicateur	Fréquence de mise à jour	Niveau Initial	Objectif Intermé diaire	Objectif cible	Dernier niveau constaté	Date de l'indicateur
Taux de prescription d'antibiotiques inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antibiotiques (en nb de boîtes)	Mensuel	86.0%	84.0	90.0	80.3%	30/09/2010
Taux de prescription d'IPP inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'IPP (en nb de boîtes)	Mensuel	80.7%	70.0	80.0	80.5%	30/09/2010
Taux de prescription de statines inscrites au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions de statines (en nb de boîtes)	Mensuel	53.3%	58.0	70.0	52.0%	30/09/2010
Taux de prescription d'antihypertenseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)	Mensuel	50.6%	55.0	65.0	60.9%	30/09/2010
Taux de prescription d'antidépresseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antidépresseurs (en nb de boîtes)	Mensuel	74.6%	70.0	80.0	78.2%	30/09/2010
Taux de prescription d'IEC/Prescriptions d'IEC et Sartans (en nb de boîtes)	Mensuel	30.2%	55.0	65.0	35.3%	30/09/2010
Nb de patients traités par aspirine faible dosage/Totalité des patients traités par antiagrégants plaquettaires	Trimestriel	91.8%	84.0	85.0	88.6%	30/09/2010

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

ANNEXE 3 : Les indicateurs et leur critère d'éligibilité (CNAM 2009)

Indicateurs	Définition de l'indicateur	Seuil minimal requis pour le calcul de l'indicateur
Grippe	Nombre des patients MT>=65 ans ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe /totalité des patients MT> =65ans	20 patients
Cancer du sein	Nombre des patientes MT 50-74 ans ayant eut une mammographie dans les 24 mois précédents/total des patientes MT 50-74 ans	20 patients
Vaso-dilatateurs	Nombre de patients MT>65 ans traités par vasodilatateurs/totalité des patients MT>65 ans	20 patients
Benzo-diazépines (BZD) à demie vie longue	Nombre de patients MT>65ans traité par BZD demie vie longue/totalité des patients MT>65ans	20 patients
Diabète	Nombre des patients MT diabétiques ayant 3 ou 4 dosages HbA1c dans les 12 mois/Totalité des patients MT diabétiques	10 patients
	Nombre de patients MT diabétiques ayant eut un examen ophtalmologique (fond d'œil FO) dans les 12 mois/totalité des patients MT diabétiques	10 patients
	Nombre des patients MT diabétiques (Hommes>50ans, femmes>60ans) traités par antihypertenseurs sous statine/totalité des patients MT diabétiques (homme>50ans, femmes>60ans) traité par antihypertenseurs	10 patients
	Nombre des patients MT diabétiques (hommes>50ans, femmes>60ans) traités par antihypertenseurs, statine et aspirine faible dosage/totalité des patients diabétiques (Hommes>50ans, femmes>60ans) traités par antihypertenseurs et statines.	10 patients
HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant normalisés leurs chiffres tensionnels (<=140/90)	
Génériques	Taux de prescription d'antibiotiques inscrits au répertoire/totalité des prescriptions d'antibiotiques (en nombre de boites)	40 boites
	Taux de prescription d'IPP inscrits au répertoire/totalité des prescriptions d'IPP (en nombre de boites).	35 boites
	Taux de prescription de statines inscrites au répertoire/totalité des prescriptions de statines (en nombre de boites).	30 boites
	Taux de prescription d'antihypertenseurs inscrits aux répertoire/totalité des prescriptions d'antihypertenseurs (nombre de boites)	130 boites
	Taux de prescription d'antidépresseurs inscrits au répertoire/totalité des prescriptions d'antidépresseurs (en nombre de boites)	30 boites
	Taux de prescription d'IEC/prescription d'IEC et sartans (nombre de boites)	50 boites
	Nombre de patients traités par aspirine faible dosage/totalité des patients traités par antiagrégants plaquettaires.	10 patients

ANNEXE 3: tableau des indicateurs du système de rémunération à la performance figurant dans la convention du 26 juillet 2011, avec les points attribués à chacun d'eux.

Thèmes	**Indicateurs**	**Nombre de points**
Indicateurs « organisation du cabinet »	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel de la patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	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 « suivi des pathologies chroniques »	Nombre de dosage de l'HbA1c	30
	Résultat du dosage de l'HbA1c<8,5%	15
	Résultat du dosage de l'HbA1c<7,5%	25
	Résultat du dosage du LDL<1,5g/L	10
	Résultat du dosage du LDL<1,3g/L	25
	Surveillance ophtalmologique (FO)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine faible dose	35
	Résultat de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250
Indicateurs « prévention et santé publique »	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 demie vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage du cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateur « efficience »	Prescription dans le répertoire d'antibiotiques	60
	Prescription dans le répertoire d'IPP	60
	Prescription dans le répertoire de statines	60
	Prescriptions dans de répertoire d'antihypertenseurs	55
	Prescription dans le répertoire d'antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC+Sartans	55
	Nombres de patients MT traités par aspirine à faible dosage rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400
TOTAL		**1300**

GLOSSAIRE:

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD : Affection longue durée
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.
ARS : Agence régionale de santé
BMA : British medicale association
BZD : Benzodiazépine
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CBP : Contrat bonne pratique
CNAM : Caisse nationale l'assurance maladie
DAM : Délégué de l'assurance maladie
DCI : Dénomination commune internationale
DMG : Département de médecine générale
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
EBM : Evidence based medecine
FO : Fond d'œil
HAS : Haute autorité de santé
HMO : Health maintenance organization
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IHA : Integrated healthcare association
INAMI : Institut national d'assurance maladie et invalidité
MEP : Médecin à exercice particulier
mmHg : millimètre de mercure
MT : Médecin traitant
NHS : National Health System
NTI : Nouvelle technique d'information
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OMS : Organisation mondiale de la santé
P4P : Payment for Perfomance
PIB : Produit intérieur brut
QOF : Quality and Outcome Framework
RIAP : Relevé individuel d'activité et de prescription
RMO : Références médicales opposables
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML : Union régionale des médecins libéraux

TABLE DES MATIERES :

Introduction.....12
1. Problématique.....14
1.1 Les différents types de rémunération. 16
1.1.1 Définition. 16
1.1.1.1 Paiement à l'acte. 16
1.1.1.2 Paiement par capitation. 17
1.1.1.3 Salariat. 18
1.1.1.4 Rémunération mixte. 18
1.1.2 En France. 19
1.1.3 Exemples étrangers (19). **21**
1.1.3.1 Exemple de la Grande-Bretagne. 21
1.1.3.2 Exemple des Etats Unis. 23
1.2 Le médecin généraliste et la santé publique en France. 24
1.2.1 Le médecin au centre du système de santé : des raisons historiques. 24
1.2.1.1 Un rôle prépondérant. 24
1.2.1.2 Un médecin attaché à ses libertés. 24
1.2.1.3 L'impact du conventionnement. 25
1.2.1.4 Une crise identitaire. 25
1.2.2 Des objectifs de santé publique en pleine évolution. 26
1.2.3 Vers une remise en cause du paiement à l'acte exclusif. 27
1.2.3.1 Un désajustement entre paiement à l'acte et besoins de santé. 27
1.2.3.2 Les alternatives au paiement à l'acte en France. 27
1.2.3.3 Vers le CAPI. 28
1.3 Le C.A.P.I. 29
1.3.1 Définition. 29
1.3.1.1 Généralités. 29
1.3.1.2 Médecins concernés. 30
1.3.1.3 Les indicateurs. 30
1.3.1.4 Les conséquences. 31
1.3.2 Bilan à deux ans. 33
1.3.2.1 Les médecins signataires. 33
1.3.2.2 Les « déçus du CAPI ». 35
1.3.3 En Bretagne. 35
1.3.3.1 Nombre et répartition des médecins signataires par rapport au nombre de médecins éligibles bretons. 35
1.3.3.2 Date d'effets des contrats dans le temps. 36
1.3.3.3 Taux de rémunération des médecins signataires sur la Bretagne. 37
2. Matériel et Méthode.....37
2.1 La méthode. 39
2.1.1 Le choix de la méthode. 39
2.1.1.1 Une méthode qualitative. 39
2.1.1.2 Des entretiens individuels semi directifs. (44) (45) 39
2.1.1.3 Entretiens exploratoires. 39
2.1.2 La grille d'entretien. 40
2.1.3 Les médecins rencontrés. 41
2.1.3.1 Population cible. 41
2.1.3.2 Recrutement. 41
2.1.4 Déroulement des entretiens. 41

2.1.5 La retranscription. 42
2.1.6 L'éthique. 42

2.2 L'analyse des entretiens 42
3. Résultats et Analyse 43

3.1 Les médecins rencontrés. 45
3.1.1 Age et année d'installation 45
3.1.2 Sexe. 45
3.1.3 Lieu d'exercice. 45
3.1.4 Implication dans la formation ou l'amélioration des pratiques. 45

3.2 Le CAPI. 46
3.2.1 Année de proposition et mode de présentation. 46
3.2.2 Sources d'informations sur le CAPI. 46
3.2.3 Avis avant la première présentation. 46
3.2.4 Le CAPI : les arguments qui ont amené la non signature 46
3.2.4.1 Avis négatif sur le fond. 46
3.2.4.2 Avis négatifs sur les indicateurs. 53
3.2.4.3 Avis sur la rémunération du CAPI. 56
3.2.5 Le CAPI : les arguments qui auraient pu amener à signer 57
3.2.5.1 Avis positifs sur le fond. 57
3.2.5.2 Avis positifs sur les indicateurs. 59
3.2.6 Avis sur le CAPI deux ans après son apparition 59
3.2.7 Impact du conventionnement. 60

3.3 L'avenir du mode de rémunération des médecins généralistes libéraux. 60
3.3.1 L'avenir du paiement à l'acte. 60
3.3.2 Avis sur le paiement à la performance. 63
3.3.3 Avis sur le paiement par capitation. 65
4. Discussion 66

4.1 : Discussion de la méthode. 68
4.1.1 Points faibles de l'étude. 68
4.1.1.1 Les biais inhérents à la méthode choisie. 68
4.1.1.2 Autres biais constatés. 68
4.1.2 Points forts de l'étude. 68
4.1.2.1 Points forts de la méthode. 68
4.1.2.2 Autres points forts. 69

4.2 : Les médecins généralistes rencontrés. 69
4.2.1 Les grandes similitudes des médecins rencontrés. 69
Des médecins impliqués et engagés. 69
4.2.2 Des arguments similaires mais à l'impact différent. 70
4.2.3 Quelques différences retrouvées. 70
4.2.3.1 Les entretiens. 70
4.2.3.2 Une saturation des données plus précoce 71
4.2.3.3 Une décision prise de longue date. 71

4.3 : Les indicateurs du CAPI. 72
4.3.1 Un certain consensus en leur faveur. 72
4.3.2 Quelques remarques. 72
4.3.2.1 Les génériques. 72
4.3.2.2 D'autres indicateurs critiquables. 72

4.4 : Le CAPI comme une atteinte aux libertés. 73

4.5 : La CPAM en stratège militaire..... 75
4.5.1 Un champ lexical explicite. 75
4.5.1.1 Un contrat unilatéral : le problème de l'évaluateur. 75
4.5.1.2 Des outils de jugement sans outil d'accompagnement. 76
4.5.1.3 Diviser pour mieux régner. 76
4.5.1.4 Un but économique inavoué. 76
4.5.1.5 Les médecins dans l'opposition. 77
4.5.2 Le CAPI, une « *coquille vide* » ? 77
4.6 : La rémunération. 78
4.6.1 La rémunération du CAPI. 78
4.6.1.1 Un raisonnement mathématique différent. 78
4.6.1.2 Un problème de fond. 79
4.6.2 La rémunération des médecins libéraux. 79
4.6.2.1 Un paiement à l'acte remis en question. 79
4.6.2.2 Des alternatives non consensuelles. 80
4.7 L'avenir. 81
4.7.1 La nouvelle convention. 81
4.7.1.1 Généralités. 81
4.7.1.2 Des différences. 81
4.7.1.3 L'impact 81
4.7.2 Les possibilités d'évolution. 82
Conclusion 82
Permis d'imprimer 85
Bibliographie 86
Table des figures et tableaux 90
Annexes 91
Glossaire 101

Résumé :

Contexte : La rémunération à l'acte est le principal mode de rémunération des médecins généralistes français. Si cette solution est économique en terme de coût de santé, elle se révèle mal adaptée aux nouvelles priorités de la politique de santé et à l'évolution des pratiques en médecine générale. Dans ce contexte, l'assurance maladie lance en 2009 le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.), qui instaure un mode de rémunération complémentaire à la performance. Le médecin s'engage à améliorer ses pratiques de dépistage, de suivi des pathologies chroniques et d'optimisation des prescriptions. S'il atteint les objectifs fixés par l'assurance maladie, il touche une rémunération proportionnelle à ses résultats. Début 2011, le tiers des médecins éligibles ont adhéré à ce contrat.

Objectifs : Le but comprendre les motivations des médecins généralistes non signataires du CAPI et leur avis sur les alternatives au paiement à l'acte.

Méthodes : Une étude qualitative par entretiens semi directifs (n=14) avec analyse thématique croisée menée auprès de médecins généralistes libéraux bretons éligibles mais non signataires du C.A.P.I. en 2011.

Résultats : Si les médecins non signataires du C.A.P.I. semblent conscients des limites de la rémunération exclusivement à l'acte et de la nécessité de modes de rémunération alternatifs, la solution actuelle apportée par les caisses d'assurance maladie est perçue comme une atteinte à leurs libertés en les rendant dépendants des caisses d'assurance maladie. Ils soulèvent également les problèmes éthiques et déontologiques liés à ce contrat et aux difficultés d'évaluer la « qualité » des pratiques.

Conclusion : Les médecins généralistes non signataires semblent prêts à adopter un mode de rémunération mixte mais rejettent un CAPI principalement sur la forme plus que sur le fond. Ce contrat eut cependant un succès certain dans la profession et son intégration dans la convention de juillet 2011 pourrait changer la donne.

Mots clé : Médecine générale, contrat d'amélioration des pratiques individuelles CAPI, Paiement à l'acte, Paiement à la performance.

Background : Fee-for-service payment is the main form of french general practitioners remuneration. If that is economical in terms of health costs, it appears inadequate to the new priorities of health policy and to the medical practice. In this context, health insurance created in 2009 the Contract for Improvement of Individual Practices (CAPI), which introduces an additional form of rémunération for performance. By signing this contract, the general practitioners agree to improve their practices for screening and monitoring chronic deseases and optimizate their prescriptions. By reaching the objectives he receives a remuneration commensurate with his results. In early 2011 one a third of eligible doctors have joined the agreement.

Objectives : The objectives are to understand general practitioners motivations not to sign the CAPI and their opinion on alternatives to fee-for-service payment.

Method : The qualitative and interpretative study consists of semi-directed interviews (n=14) with non signatory Bretons Doctors. A thematic, manual and crossed analysis of the data is carried out.

Results : If non signatory general practitioners seem aware of fee-for-service's limits and the necessity for alternative methods of payment, the current solution provided by health insurance is seen as an attack on their liberties by making them dependent on insurance funds. They also mention the ethical and professional difficulties related to this contract, and the difficulties to assess the practices quality.

Conclusion : Non signatories general practitioners seem ready to adopt a mixed payment, they reject the CAPI mainly on the form rather than the content. The success of this contract and its integration into the latest medical convention in July 2011 could change the situation.

Keywords : General medicine, Payment for performance, Fee-for-service, Contract for improvement of individual practices (CAPI).