

Les enseignements pour la France

1. DE L'OPPORTUNITE D'IMPLANTER UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE EN FRANCE.

L'examen des expériences étrangères de paiement à la performance et des questions qu'elles suscitent conduit à envisager avec prudence la question d'une éventuelle transposition en France.

1.1. *Ne pas céder à un économisme réducteur*

Il convient de ne pas céder à une conception "économiste" en vogue, selon laquelle seules les incitations monétaires seraient à même de garantir un comportement pertinent des acteurs. On peut, à cet égard, se référer à A. Sen : "Il est assurément coûteux, voire impossible, de concevoir un système de supervision distribuant récompenses et punitions de telle façon que chacun est incité à donner le meilleur de soi-même. Tout système économique a donc tendance à compter sur l'existence d'attitudes à l'égard du travail qui l'emportent sur le calcul des gains nets tirés de chaque unité d'effort. Le conditionnement social joue ici un rôle extrêmement important... Fonder la gestion d'une organisation uniquement sur les incitations économiques en vue de gains personnels est une tâche à peu près impossible"¹³¹.

Cette remarque générale vaut d'autant plus lorsque l'on se réfère au corps médical. Les motivations des médecins ne se réduisent pas à l'aspect économique. Cette dimension, est d'ailleurs le plus souvent déniée ou contournée dans la présentation qu'ils proposent de leur pratique. Comme l'indique G. Bloy : "On peut dénoncer l'hypocrisie et le simulacre à l'œuvre dans la présentation qu'ils font de leur activité -c'est même, et de loin, le discours le plus aisé à tenir - ou prendre cette gêne, ces dilemmes, cet ensemble de contradictions au sérieux, ce qui conduit à explorer l'articulation et les tensions qui relient pour eux la réalité économique à d'autres dimensions tout aussi réelles de l'exercice de la médecine générale"¹³². Si ces dilemmes et ces contradictions doivent être pris au sérieux dans l'analyse sociologique, ils doivent l'être aussi dans la définition des politiques publiques.

Aussi il serait absurde de considérer qu'une amélioration de la qualité des soins ne pourrait provenir que d'un échange marchand avec les médecins. Il est évident que le souci des médecins d'améliorer la santé de leurs patients constitue aujourd'hui, et constituera demain, le levier principal des progrès de notre système de soins de ville. Un des dangers du paiement à la performance est d'ailleurs qu'il conduise à considérer que toute amélioration des pratiques doit être "achetée" aux médecins. Le paiement à la performance ne peut être qu'un soutien pour favoriser ces progrès de qualité.

1.2. *Les limites d'une simple transposition*

Le paiement à la performance ou à la qualité n'est pas une simple recette que l'on pourrait transposer mécaniquement à partir des expériences étrangères. Il est clair qu'il s'agit d'un projet qui dépend de l'ensemble du contexte organisationnel, financier et politique en matière de soins de ville. Aussi, il a paru utile de mettre en exergue certaines des différences majeures entre les contextes britannique et français.

¹³¹ A. Sen "Des idiots rationnels, critique de la conception du comportement dans la théorie économique" in *Ethique et économie*, Paris, PUF, 1993, p.104.

¹³² G. Bloy, "Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique" in S. Béjean, C. Peyron (dir) *Santé, règles et rationalités*, Economica, mai 2002.

Le gouvernement de Tony Blair était résolu à augmenter les dépenses de santé et à revaloriser fortement les généralistes. Cette capacité à investir n'est certainement pas étrangère à l'acceptation du dispositif par les médecins. La situation financière de l'assurance-maladie en France ne semble pas permettre une telle générosité.

La nature des relations entre les médecins britanniques, leurs représentants et le NHS est fondamentalement différente de celles qu'entretiennent les médecins français et les pouvoirs publics. La représentation des médecins est unifiée. Elle est traditionnellement impliquée dans la définition de la politique de santé. Les relations avec les pouvoirs publics sont moins conflictuelles qu'en France. Depuis le début des années 90, les "managers" ont pris une place plus importante dans la définition des politiques de santé¹³³.

Au Royaume-Uni, comme d'ailleurs aux Etats-Unis, le dispositif de paiement à la performance s'est implanté à partir d'interrogations et d'insatisfactions sur la qualité des prestations de soins, issues des milieux académiques et relayées au plan politique. Cette relative dramatisation de la question de la "non qualité" conforte le projet de paiement à la performance. Le débat sur la qualité des pratiques en ville n'a pas la même vigueur en France, il est plutôt admis que les pratiques sont de bonne qualité. L'absence d'études systématiques et comparatives ne permet pas d'ailleurs de trancher la question de savoir si ce sentiment est justifié ou non, même si les données dont on dispose semblent confirmer, à partir d'indicateurs globaux, les bonnes performances du système français¹³⁴.

Le paiement à la performance avait été acclimaté au Royaume-Uni par la mise en place de *targets payments*. Les modalités de rémunération n'y ont pas la même charge symbolique qu'en France où le paiement à l'acte est considéré comme constitutif de l'identité libérale. Un sondage IFOP récent confirme que cet attachement au paiement à l'acte reste majoritaire. Les médecins généralistes interrogés sur "l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération... (capitation, forfaits, collaboration salariée) qui ont vocation à compléter le paiement à l'acte voire à s'y substituer" sont seulement 11% à s'y déclarer totalement favorables, 35% plutôt favorables, 24% plutôt pas favorables et 26% pas du tout favorables¹³⁵.

Par ailleurs, un dispositif de paiement à la performance ne saurait avoir les mêmes ambitions en France qu'au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni les médecins travaillent en équipe avec des infirmières et des assistants non soignants. Le système de rémunération à la performance n'y a pas de ce fait pour seul objectif d'accroître la motivation des médecins mais de promouvoir et de soutenir des formes d'organisation du travail proactives (rappel et suivi des patients, éducation thérapeutique, soutien à la motivation) tournées vers les patients, notamment vers ceux qui ont le plus de difficultés à prendre en charge leur maladie. En France, faute d'équipes de soins primaires en mesure de mettre en œuvre ce type d'intervention auprès des patients, les ambitions que pourraient se donner un système de paiement à la performance, seraient nécessairement plus limitées. Par ailleurs, l'existence de cette équipe permet, au Royaume-Uni, de rendre le cabinet responsable de résultats qu'il sera délicat d'imputer, en France, au seul généraliste : faute de temps et de moyen pour agir sur le comportement des

¹³³ Sur ces questions, voir P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po 1997.

¹³⁴ Nolte E. et al "Measuring the Health of Nations: updating an earlier analysis", *Health Affairs*: 2008; 27;58-71. Dans cette étude, le France obtient le premier rang au regard d'une mesure de la mortalité évitable par le système de soins.

¹³⁵ Sondage sur 401 médecins généralistes et spécialistes, enquête réalisée en février 2008 pour le Quotidien du médecin, disponible sur le site de l'IFOP. Cette enquête ne confirme pas l'idée commune que les jeunes médecins ou les femmes seraient beaucoup plus enclins que leurs aînés à souhaiter de nouvelles formes de rémunération : les moins de 45 ans sont à 47% favorables aux expérimentations contre 45% des 45-59 ans, les femmes sont favorables à 41% contre 46% pour les hommes.

patients, il est difficile de lui imputer des résultats qui, notamment dans le cas des maladies chroniques, dépendent grandement de l'attitude du patient.

De plus, dès lors que les généralistes britanniques ont des durées de travail "raisonnables" et qu'ils peuvent investir dans le développement de leur équipe, le système de paiement à la performance pouvait se traduire par une augmentation du temps de travail global des cabinets. En France, compte tenu de la charge des généralistes et de leurs aspirations, il est peu probable qu'une rémunération à la performance se traduise par un accroissement des temps de travail pour la majorité des médecins. Le système de paiement de performance peut donc tout au mieux réorienter "l'effort" des généralistes mais ne devrait pas l'accroître.

Enfin, il ne faut pas négliger le fait que le paiement à la performance s'applique au Royaume-Uni à des cabinets d'en moyenne 6000 patients soit plus de quatre fois la patientèle d'un médecin français. Il est plus délicat d'avoir des mesures d'indicateurs robustes sur des populations restreintes, d'autant que les maladies chroniques sont loin d'être les causes les plus fréquentes de consultation des médecins généralistes français.

1.3. Des résultats immédiats modestes

Il convient donc d'avoir à l'esprit ces spécificités françaises pour apprécier les possibilités de transposition des expériences étrangères.

De plus, dans les deux pays étudiés, les résultats à court terme du paiement à la performance ont fait l'objet de peu d'études. Les études disponibles concluent à des résultats plutôt modestes. La mise en place d'un système de paiement à la performance semble donc devoir être considérée comme un investissement, investissement consenti à partir de la conviction que le dispositif permettra progressivement de faire valoir des exigences porteuses de qualité et/ou d'efficacité à l'égard du corps médical. Un des facteurs majeurs qui conditionne l'intérêt du dispositif est donc la capacité à obtenir, par la négociation avec les médecins, la fixation progressive d'objectifs plus exigeants.

Toutefois, on peut soutenir que dès lors que des augmentations des rémunérations des médecins seront, en tout état de cause, nécessaires, il est préférable de les utiliser comme levier pour des améliorations de la pratique plutôt que de les distribuer sans contreparties. Il s'agit d'un des arguments les plus forts pour le paiement à la performance même s'il ne justifie qu'un investissement limité dans le paiement à la performance.

Au total, même s'il convient de ne pas placer trop d'espérances, du moins à court terme, sur l'impact potentiel du paiement à la performance, il semble raisonnable de considérer que la France se doit d'envisager la mise en place de cette forme de rémunération pour les médecins de ville.

Aussi, il importe de faire le point sur les éléments qui dans le système français préfigurent une évolution vers le paiement à la performance avant d'examiner deux stratégies d'implantation : l'une dite des "petits pas" qui consisterait à introduire rapidement des éléments de paiement à la performance appelés à se développer, l'autre dite de "projet" qui consisterait à construire un dispositif cohérent et complet de paiement à la performance. Ces stratégies n'étant d'ailleurs pas contradictoires, l'une pouvant préparer l'autre.

2. LES ELEMENTS DE PREFIGURATION DU PAIEMENT A LA PERFORMANCE DANS LE SYSTEME FRANÇAIS.

Avant de discuter des conditions d'implantation en France du paiement à la performance, il convient de mentionner certaines initiatives des partenaires conventionnels ou du législateur en relation avec cette perspective.

2.1. Les objectifs individualisés de l'avenant 23.

La fixation d'objectifs individualisés est pour la première fois organisée par l'avenant 23 à la convention. Ces objectifs concernent le dépistage global du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans, le dépistage organisé du cancer du sein, le taux de vaccination antigrippale, la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans le répertoire, la diminution de la prescription d'antibiotiques, la diminution du taux des médicaments pris en charge à tort à 100%.

Pour chacun des objectifs, un objectif collectif est défini. Le taux de dépistage global doit être porté à 80% à trois ans, le taux de dépistage organisé doit être porté à 52% sur trois ans, le taux de vaccination antigrippale et la prescription d'IPP dans le répertoire doivent être portés à 75 %, sur trois ans, le taux de médicaments pris en charge à tort à 100% doit diminuer de 6%. L'objectif de diminution de la prescription d'antibiotiques est défini en rapport avec la moyenne régionale.

De ces objectifs collectifs découlent des objectifs individuels définis de telle manière que leur somme corresponde à l'objectif collectif. Le dispositif de fixation des objectifs individuels est complexe, on peut le résumer en indiquant qu'un progrès est attendu de chacun des médecins mais que le progrès exigé de chacun est d'autant plus important que son niveau de départ est éloigné de l'objectif.

Ces objectifs individualisés devaient notamment "donner du sens à la notion de médecin traitant". Toutefois ils n'ont pas été déclinés de façon concrète auprès de tous les médecins. Selon la CNAMTS, ils auraient été signifiés par les DAM, pour certains objectifs, à certains médecins. Cette première tentative d'individualiser des objectifs reste donc très partielle.

Quoi qu'il en soit, l'acceptation par des syndicats médicaux du principe d'engagements individuels peut être considérée comme un signe favorable pour une démarche de paiement à la performance.

2.2. Les contrats de bonne pratique et leur "rajeunissement" par la loi de financement pour 2008.

La possibilité de conclure des contrats individualisés, dits contrats de bonne pratique (CBP) entre l'assurance maladie et les médecins est apparue pour la première fois dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Par la suite, le législateur a prévu la possibilité de conclure des contrats de santé publique. Ces contrats peuvent ouvrir droit à des majorations forfaitaires de rémunération en contrepartie de pratiques "différentes" (suivi des prescriptions avec la médecine conseil, permanence et coordination des soins...) mais, aussi, de "performances" en matière d'efficacité des prescriptions ou de qualité clinique¹³⁶.

En fait, ces contrats, pour ce qui concerne les généralistes, n'ont pas été utilisés pour rémunérer des performances ou même des pratiques particulières mais pour soutenir l'exercice médical dans certaines zones géographiques. Au 31 décembre 2006, on comptait 137 CBP dits "zone rurale", 145 CBP dits "zone franche" et 57 CBP dits "maintien des plateaux techniques dans les stations d'hiver". Le dispositif censé contribuer à l'amélioration des pratiques est principalement utilisé pour favoriser une répartition adaptée de l'offre de soins de premier recours sur le territoire.

Ce dispositif est réaménagé, sans que les dispositions précédentes aient été abrogées, par l'article 43 de la loi de financement pour 2008 créant un article L 162-12-21. Ce dernier prévoit la possibilité pour les organismes locaux d'assurance maladie de passer des contrats individuels avec des médecins ou des centres de santé. Ces contrats individuels, conformes à un contrat type élaboré par l'UNCAM, peuvent prévoir des "contreparties financières" liées à l'atteinte d'objectif concernant "la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de

¹³⁶ Articles L 162-12-18 et L 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

l'information des professionnels". Si les thématiques éventuellement concernées par les contrats, sont celles envisagées par les dispositions antérieures, les notions "d'atteinte des objectifs" et de "contreparties financières" apparaissent plus clairement. De plus ces contrats ne sont plus conformes à des contrats type négociés dans le cadre conventionnel mais établis par l'UNCAM sous le contrôle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Dans le même esprit, l'article 44 de la même loi, prévoit la possibilité d'expérimentation "complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant sur la base d'une évaluation quantitative et qualitative" de l'activité des professionnels ou des centres de santé concernés. Ces expérimentations seront conduites par les Missions Régionales de Santé (MRS) dans le cadre d'un décret qui n'était pas paru lorsque la mission a achevé son rapport.

Le travail de réflexion sur le contenu des contrats types de l'article L 162-12-21 est en cours entre la Direction de la sécurité sociale et la CNAMTS. Un travail particulier de réflexion a par ailleurs été entrepris pour ce qui concerne spécifiquement les centres de santé.

3. INTRODUIRE RAPIDEMENT DES ELEMENTS DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : LA STRATEGIE DES PETITS PAS.

L'adoption de l'article relatif aux contrats individuels témoigne de la volonté du législateur de voir se développer rapidement des éléments de paiement à la performance. Il peut paraître légitime, en effet, de considérer que "le mouvement se prouve en marchant". En introduisant dès à présent de premiers éléments de paiement à la performance, on peut espérer demain évoluer vers la construction d'un système complet.

Il ne faut toutefois pas négliger les limites inhérentes à cette approche, limites qui ressortent des enseignements des expériences étrangères. Un système bâti rapidement sera nécessairement frustré et limité dans son ambition :

- construction des indicateurs sans travail préalable, systématique et concerté, d'appréciation de la qualité des pratiques domaine par domaine (niveaux actuels, tendances récentes, niveaux cibles) ;
- concentration sur un nombre limité d'indicateurs avec le risque que les médecins ne progressent sur les éléments valorisés qu'au détriment d'autres domaines de leur pratique ;
- impossibilité de mobiliser, dans l'état actuel des systèmes d'information, un nombre suffisant d'indicateurs de résultat sauf à organiser un dispositif de « reporting » spécifique;
- faible probabilité que les montants financiers engagés soient suffisants pour engager les investissements matériels ou humains nécessaires pour améliorer les pratiques ;
- difficulté, en tout état de cause, d'envisager de tels investissements dans le cadre de l'organisation actuelle des cabinets (temps de travail très élevé des médecins, absence de travail en équipe, utilisation limitée des outils informatiques).

Dans ce contexte, le dispositif risque de se limiter à un mécanisme de "récompense" attirant l'attention des médecins sur des aspects de leur pratique que les pouvoirs publics souhaitent voir améliorer. S'il est préférable d'envisager le paiement à la performance dans la perspective plus large d'un soutien à "l'investissement", on ne peut exclure que, dans certains domaines, les motivations des médecins soient insuffisantes et qu'un mécanisme d'incitation financière soit alors utile.

On pense assez naturellement à la prévention primaire dont il est souvent affirmé qu'elle est négligée en France au profit d'une orientation curative. Il faut noter toutefois qu'une étude récente, basée sur les déclarations des médecins, vient nuancer si ce n'est contredire cette assertion. Les généralistes consacraient un temps important à la prévention dans le cadre de leur activité courante. Les auteurs concluent que l'enjeu n'est pas d'accroître le temps consacré à la prévention

mais la qualité des actions entreprises¹³⁷. Les résultats de cette étude paraissent cohérents avec ceux obtenus à partir d'un panel de médecins de la région PACA où plus de 80% de médecins déclarent réaliser fréquemment les actes les plus courants de prévention (proposition de mammographies, repérage des effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, intervention sur le tabagisme...) même si d'autres interventions (utilisation d'outil de dépistage, proposition d'un carnet alimentaire pour les patients obèses...) sont pratiquées par moins de 50% des médecins¹³⁸.

Au Royaume-Uni des mécanismes d'incitation à des actions de prévention (vaccinations, dépistage...) ont historiquement précédé sous la forme de *targets payments*, le système plus complet de paiement à la qualité mis en place à partir de 2004. Des résultats positifs avaient été observés, selon le ministère de la santé, pour les frottis cervicaux et les vaccinations¹³⁹.

Une revue de littérature aux Etats-Unis recense, parmi neuf études d'impact de dispositifs d'incitation financière à la prévention, cinq dont les résultats sont positifs et quatre pour lesquels les résultats sont nuls. Par ailleurs les effets lorsqu'ils sont positifs, sont au mieux modestes¹⁴⁰ sans que l'on puisse savoir si cet impact limité est lié – ou non – au niveau modeste des incitations.

En tout état de cause, si telles ou telles dimensions de la prévention étaient retenues dans une logique de mise en place progressive d'un dispositif de paiement à la qualité, elles devraient être choisies avec précaution notamment car le développement de la pratique promue peut s'effectuer au détriment d'autres. Il faut donc vérifier sa pertinence en termes de santé publique.

On peut s'interroger par exemple sur l'opportunité de privilégier le dépistage du cancer du sein comme dans l'avenant 23 et sur les modalités. D'une part, 92% des médecins disent proposer souvent ou très souvent une mammographie à leurs patientes¹⁴¹. D'autre part, pour autant, il semble que les objectifs (80% des femmes de 50 à 74 dépistées tous les deux ans) soient loin d'être atteints. On peut en déduire, en première analyse qu'il ne s'agit pas d'attirer l'attention des médecins sur l'intérêt de cet acte mais d'améliorer l'efficacité de leur pratique. Pour autant, cette amélioration est-elle susceptible de dépendre d'une incitation financière ? Peut-on vraiment imputer la faiblesse des résultats à des déficiences des médecins, déficiences qu'ils pourraient corriger en cas d'incitations financières ? La faiblesse des résultats ne renvoient-elles pas à des circonstances locales (facilité d'accès au dépistage, organisation des campagnes de recrutement...) ou n'est-elle pas déterminée par les caractéristiques socio-économiques et culturelles de la clientèle ? A cet égard selon l'enquête ESPS, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie depuis moins de trois ans, approche 90% entre 50 et 69 ans puis chute à 75% entre 70 et 79 ans, n'atteint que 77% chez les ménages d'ouvriers non qualifiés contre 95% pour les ménages de cadres¹⁴². A partir de ces données, la question de l'ajustement sur les caractéristiques d'âge et socioprofessionnelles se pose. Quel objectif (taux de mammographie) assigner ? Doit-il être identique pour tous les médecins du pays ? Ne faut-il pas tenir compte du taux de réalisation actuel de chaque médecin, des médecins de la région, du département, du territoire, des médecins ayant une clientèle comparable ? Ne faut-il pas privilégier une autre action de dépistage -cancer du

¹³⁷ Voir Pelletier-Fleury et al. "Preventive service delivery: a new insight into general practice" Health Policy 83(2007) 268-276.

¹³⁸ M. Aulagnier et al. "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention, les enseignements d'un panel de généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur", Pratique et Organisation des Soins, volume 38, n°4, octobre-novembre 2007.

¹³⁹ Sur cette question voir notamment Ammi M. Béjean S. *Les incitations "explicites" à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale*, Communication aux XXIX^e journées des économistes français de la santé.

¹⁴⁰ Kane RL, Jonhson PE, Town RJ, Butler M. *Economic incentives for preventive care. Evidence Report/Technology Assesment n°101*, Agency for Healthcare Research and Quality, août 2004.

¹⁴¹ M. Aulagnier art. cité

¹⁴² Allonier C. Dourgnon P. Rocherau T. *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, IRDES 2008.

colon par exemple- en tenant compte du fait que ce dépistage est beaucoup moins proposé (59%) que la mammographie ?

La mission ne dispose, bien évidemment, ni des données, ni surtout des compétences pour répondre à de telles questions. Il ne s'agit que d'un exemple de la réflexion qui devrait être menée sachant qu'au-delà de la sélection du champ couvert par les indicateurs de qualité, il convient de se prononcer sur l'ajustement en fonction des caractéristiques d'âge de la patientèle (par exemple, l'effort à fournir n'est pas le même selon la proportion des femmes de 50 à 74 ans), de l'ajustement éventuel en fonction des caractéristiques socioéconomiques (cf. supra), du mode de rémunération, du niveau d'exigence...

En tout état de cause, il semble que même dans une perspective de mise en place relativement rapide, on ne puisse faire l'économie d'une réflexion mobilisant experts de santé publique et praticiens de terrain en sus des institutions que concernerait un tel dispositif. S'il n'est pas possible à court terme d'envisager un bilan exhaustif des problèmes éventuels de qualité en ville, il est toutefois possible, sur un certain nombre de problèmes spécifiés, de vérifier la valeur des objectifs, la pertinence des indicateurs associés et les modalités adéquates de rémunération. En tout état de cause, cette phase d'expertise et de concertation paraît nécessaire pour construire un niveau minimum de consensus autour de l'initiative. Il convient également de prévoir une phase de négociation plus classiquement conventionnelle sur le niveau des rémunérations à la qualité et sur l'articulation avec les autres éléments de rémunération.

Il faudra certainement trouver un équilibre entre le souci de donner rapidement une traduction concrète au dispositif de contrat individuel et le temps nécessaire au travail d'expertise et de concertation.

4. METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : UNE LOGIQUE DE PROJET A MOYEN TERME

S'engager au-delà d'éventuelles premières initiatives ponctuelles vers un dispositif plus complet de paiement en fonction de la performance sur un mode inspiré du dispositif britannique suppose que soient réunies certaines conditions : un consensus sur le fait qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité des soins en ville, un accord des organisations syndicales de médecins pour consacrer à ce mode de rémunération les marges de manœuvre financières aujourd'hui consacrées aux hausses de tarifs, une évolution des modes d'organisation et de rémunération de la pratique telle qu'elle puisse permettre un travail en équipe notamment avec des infirmières¹⁴³.

Il va de soi que la mission n'est pas en mesure d'apprécier si ces conditions sont susceptibles d'être réunies. Les débats qui ne manqueront pas de naître autour du projet de contrat individuel et l'évolution des réflexions conduites par la Haute Autorité de Santé sur la coopération entre professionnels de santé permettront de mieux dessiner le champ du possible.

Dans ce cadre, si ces conditions étaient réunies, il est nécessaire de décrire succinctement, sans viser à l'exhaustivité, deux pré-requis essentiels pour engager un tel projet.

¹⁴³ A la différence de la capitation, le paiement à l'acte ne favorise pas le travail en équipe. Il induit une concurrence entre les professions pour la réalisation des actes.

- Un exercice de bilan sur la qualité des pratiques en médecine de ville pour déterminer les zones de force et de faiblesse et l'impact de ces forces et faiblesses sur les résultats en termes de santé. Il s'agit de pondérer les questions et les problèmes pour déterminer ceux autour desquels devraient s'organiser un éventuel dispositif de paiement à la performance et de se prononcer sur les indicateurs pertinents. Cet exercice butera certainement sur l'étroitesse des données disponibles mais il semble possible à partir des données existantes d'établir un socle permettant des évolutions ultérieures. Un tel exercice est par nature complexe, il suppose de réunir des cliniciens, des experts de santé publique, des praticiens de terrain, des représentants des personnes malades. La HAS, en collaboration avec l'INPES, semble être l'institution disposant des moyens et de la légitimité pour conduire une telle démarche. Cette dernière se rapproche dans son esprit de celle qui a été entreprise pour le secteur hospitalier à travers le projet COMPAQH.
- Il ne semble pas pour autant que cet exercice même bien conduit puisse, à soi seul, fonder un dispositif de paiement à la performance. En effet, on l'a vu, celui-ci ne peut se développer qu'à partir de données qui aujourd'hui ne sont pas accessibles, données qu'il est nécessaire de saisir au cabinet en pratique courante. Il est donc raisonnable de penser qu'avant même de rémunérer les performances, il faudra rémunérer les médecins pour qu'ils acceptent de s'équiper de logiciels normalisés de gestion de dossier patients et de saisir les données nécessaires au fonctionnement du système. Les données issues de cette première période seront d'ailleurs certainement nécessaires pour calibrer le dispositif. Cette étape qui peut paraître un détour est d'ailleurs nécessaire si, comme évoqué précédemment, on admet que le paiement à la performance ne prend son sens que si les médecins sont en mesure de gérer activement les performances pour lesquelles ils sont rémunérés. Bien évidemment, cet investissement doit être rapproché de ceux nécessaires par ailleurs pour que se développe le projet de DMP. Si les finalités des deux projets sont à l'origine distinctes, il semble évident que les deux projets devraient être pensés conjointement.

Enfin si le projet de "maison de santé pluridisciplinaire" se développe et si ces "maisons" sont effectivement l'occasion de mettre en place de nouvelles modalités de travail en équipe, ces "maisons" pourraient être des lieux d'expérimentation du paiement à la performance.

Pierre Louis BRAS

Docteur Gilles DUHAMEL