

[21] **La rémunération à la performance** (Analyse Pr Claude Beraud)

La nouvelle convention médicale entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats médicaux, tous d'accord pour une fois, a été signée le 26 juillet 2011. Ce texte, en vigueur de 2012 à 2016, prévoit une rémunération à la performance qui s'ajoute à un paiement à l'acte. Vingt-six critères sont identifiés, permettant d'acquérir 1.300 points lorsqu'ils sont tous respectés. Un point vaut 7€ ; la prime annuelle peut donc atteindre 9.100 €.

Avec ce paiement à la performance, la CNAM pourrait faire des économies, car la prescription des génériques entraîne l'acquisition de nombreux points. Exemple de critères : la prescription de 70% des anticholestérols sous forme de génériques est récompensée de 60 points, alors que la prescription d'une vaccination anti grippale chez $\frac{3}{4}$ des patients âgés de plus de 65 ans vaut 20 points.

Si le syndicat de médecine générale a exhorté les médecins à refuser ce paiement à la performance, 97.2 des médecins libéraux ont adhéré à ce nouveau mode de rémunération.

Ce mode de rémunération a fait l'objet d'un excellent rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2008 (RM 2008-047. *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères*), dont les conclusions étaient défavorables à ce mode de paiement qui n'avait pas fait la preuve à l'étranger de sa capacité à améliorer les soins et à faire des économies.

Il est en effet vraisemblable que les indicateurs de qualité choisis par les signataires ne sont pas toujours pertinents, pour au moins trois raisons :

1. Ces indicateurs sont souvent contestés par les scientifiques, car la preuve de leur efficacité n'est pas faite et leur définition ne repose pas toujours sur des preuves de niveau 1, c'est-à-dire des essais expérimentaux randomisés, mais sur des avis d'experts (niveau 3 de preuve), dont la plupart sont sous l'influence des industriels ou de leur intérêt corporatif ou personnel. L'exemple de la périodicité de l'examen du fond d'œil chez les diabétiques est intéressant. Toutes les recommandations qui conseillent de répéter chaque année cet examen s'appuient sur un niveau de preuve très faible : des avis d'experts. Une étude observationnelle permet pourtant de penser qu'un examen bisannuel est suffisant pour suivre les diabétiques qui n'ont pas de rétinopathie (Olafsdottir et collaborateurs « *Biennial eye screening in patients with diabetes without retinopathy 10-year experience* » Br J Ophthalmol 2007 ; 91 :1599-601). Lorsque les indicateurs émanent des responsables administratifs, leur valeur est parfois discutable, mais il est peu probable que la CNAM donne un avis réservé sur ces indicateurs. (Voir par exemple l'avis sur les vaccinations proposées par le gouvernement).
2. Les recommandations médicales ne doivent pas être appliquées systématiquement. Leur mise en œuvre doit tenir compte de l'état de santé et des modes de vie de chaque malade.
3. Au plan éthique, il est discutable de donner une prime aux médecins, déjà payés à l'acte, pour leurs activités.
4. Pour les syndicats médicaux et le Conseil de l'ordre des médecins, cette proposition de la CNAM, largement approuvée par les professionnels, a évité à l'assurance maladie une interminable discussion sur l'augmentation des honoraires des médecins (Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins Numéro 22, Mars 2012).