



COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

Montreuil, 22 juin 2015

Quelle performance pour le paiement à la performance ?

Dans les pays anglo-saxons, le paiement à la performance (P4P) appliqué aux soins ambulatoires a vu le jour dans les années 2000 et a connu un fort développement. En France, le P4P a été initié en 2009 par les contrats d'amélioration de pratique individuelle (CAPI) dans un cadre volontaire individuel, puis s'est généralisé avec la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2012.

La logique du P4P suppose que des incitatifs financiers sont susceptibles de modifier les comportements des médecins, dans la direction souhaitée par les promoteurs du système. Deux domaines sont souvent ciblés par le P4P : l'organisation des cabinets médicaux et la qualité des soins, cette dernière étant mesurée à l'aide d'indicateurs. Dans plusieurs pays dont la France, un objectif d'efficience (coût/efficacité) est également ouvertement affiché. En France, l'introduction du P4P a aussi répondu à un objectif indirect d'amélioration des revenus des médecins sans augmentation du prix de l'acte. Cela a entraîné une confusion entre paiement à la performance et diversification des modes de rémunération.

Au Royaume-Uni¹ et en France², les résultats des premières études sur ce système étaient encourageants mais avaient un faible niveau de preuve. Depuis, une étude plus robuste, publiée en 2013³ a fait une synthèse des travaux internationaux et a conclu que l'ensemble des essais randomisés comparatifs menés sur le P4P avait uniformément observé des résultats mitigés.

Pour l'organisation des cabinets médicaux, le P4P a permis d'améliorer l'informatisation. En revanche, il n'y a pas suffisamment de preuves basées sur des critères cliniques pertinents pour valider que le P4P améliore la prévention et le suivi des patients atteints de maladies chroniques.^{4,5}

Le Conseil scientifique du CNGE incite à la prudence quant au développement du paiement à la performance en France, et attire particulièrement l'attention sur :

- le processus d'élaboration et la pertinence clinique des indicateurs choisis pour le P4P : ils ne sont pas tous validés par les données de la science⁶ et nécessitent d'être régulièrement réévalués. Le CNGE insiste sur l'exigence scientifique nécessaire pour choisir ces critères et sur la nécessité d'associer les médecins généralistes dans la sélection de ces indicateurs afin d'en améliorer l'acceptabilité.

- les questions éthiques soulevées par le P4P⁷ : il pourrait conduire le médecin à conformer sa pratique aux comportements attendus par le système d'indicateurs et négliger les besoins exprimés par le patient ; ou à se centrer uniquement ou prioritairement sur les indicateurs «rémunérés».
- la pérennité du P4P : pour la première fois, le National Health Service au Royaume-Uni en a réduit le budget⁸ après un investissement massif pendant plusieurs années.

Pour le médecin, la qualité des soins est une exigence déontologique et éthique et ne doit pas être prioritairement attachée à la rémunération. La définition des indicateurs, outre la validité scientifique, doit prendre en compte ces risques éventuels. Le principal objectif des médecins et des financeurs doit rester l'amélioration de la santé des patients.

Références

1. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361:368-78.
2. CNAM. La rémunération sur objectifs de santé publique deux ans après: des progrès significatifs en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Disponible sur : <http://www.thinktank-economiesante-blog.fr/data/document/cnam-bilan-rosp-2-ans-2013-avril-14.pdf>.
3. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy Amst Neth* 2013;110:115-30.
4. Kontopantelis E, Springate DA, Ashworth M, Webb RT, Buchan IE, Doran T. Investigating the relationship between quality of primary care and premature mortality in England: a spatial whole-population study. *BMJ* 2015;350:h904.
5. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? *exercer* 2015;119:52-61.
6. Prescrire rédaction. Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts. *Rev Prescr* 2013;33:456-63.
7. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. *J Med Ethics* 2012;38:485-91.
8. Doran T, Kontopantelis E, Reeves D, Sutton M, Ryan AM. Setting performance targets in pay for performance programmes: what can we learn from QOF? *BMJ* 2014;348:g1595.

Contacts :

Vincent Renard **06.25.80.33.29**
& Olivier Saint Lary **06.30.88.38.19**