

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Laboratoire d'Ethique Médicale

et Médecine Légale

Directeur : Professeur Christian HERVÉ

**MASTER 2 "RECHERCHE EN ETHIQUE"**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2010-2011

**TITRE DU MÉMOIRE**

Quelle appréciation les médecins généralistes français ont-ils des problématiques éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance ?

Présenté et soutenu par : Dr Olivier Saint-Lary

Le 27/06/2011

Directeur du mémoire : Dr Isabelle Plu

## Remerciements

Tout d'abord au Dr Isabelle PLU qui a accepté de diriger ce mémoire, pour son aide, ses conseils avisés et sa disponibilité.

Au Pr Christian HERVE pour m'avoir donné l'opportunité et la chance de m'inscrire dans le master d'éthique médicale et d'avoir pu bénéficier de la richesse des cours dispensés.

À toute l'équipe enseignante, notamment Mr COFFIN et Dr MOUTEL qui m'ont beaucoup apporté, tant sur le plan de l'analyse critique que sur le questionnement éthique.

A l'ensemble de l'équipe PROSPERE pour leur aide et le partage de leur expérience en matière de recherche.

Un remerciement particulier au sein de l'équipe PROSPERE au Dr Michel Naiditch qui m'a fait profiter tout au long de ce travail, à la fois de son expertise et de sa gentillesse.

A l'ensemble des médecins participants pour leur disponibilité, le partage de leurs réflexions et de leurs expériences de terrain, sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

A mes parents pour leur soutien indéfectible depuis maintenant 30 ans.

A Audrey pour tant de choses, qu'une ligne de remerciement ne suffirait à décrire.

## Sommaire

<b>1. Introduction.....</b>	<b>page 6</b>
1.1 Contexte .....	page 6
1.2 Objectif.....	page 9
1.3 Stratégie de recherche.....	page 9
1.4 Choix argumenté d'une définition de l'éthique dans le cadre de ce travail.....	page 9
1.5 Revue de la littérature.....	page 10
1.5.1 Une remise en cause de l'éthique professionnelle : les médecins ne font-ils pas à l'heure actuelle « de leur mieux » ?.....	page 12
1.5.2 Le système français actuel (paiement à l'acte) n'est-il pas lui aussi porteur de dérives ?.....	page 13
1.5.3 Le paiement à la performance est-il efficace en termes d'amélioration de la qualité des pratiques ?.....	page 15
1.5.4 Le paiement à la performance peut-il engendrer une discrimination entre les patients ?.....	page 17
1.5.5 La possible survenue de biais dans les données déclaratives.....	page 19
1.5.6 Une modification possible de la relation médecin/patient : le médecin au centre d'un conflit d'intérêts ?.....	page 20
1.5.7 Importance des indicateurs utilisés : une possibilité de négliger ce qui n'est pas mesuré ? .....	page 22
1.5.8 Un frein possible à la motivation interne des médecins ?.....	page 23
1.5.9 Peu de données en France.....	page 23
1.6 Synthèse du travail d'analyse qualitative mené dans le cadre du master 1.....	page 24
1.7 Pour conclure l'introduction.....	page 26

<b>2. Méthode.....</b>	<b>page 28</b>
2.1. Intérêt d'obtenir des données quantitative.....	page 28
2.2. Objectifs du questionnaire.....	page 28
2.3. Choix du questionnaire électronique .....	page 28
2.4. Choix de l'échantillon.....	page 29
2.5. Déterminants sociaux recueillis .....	page 29
2.6. Rôle de la multidisciplinarité dans la fabrication des questions.....	page 30
2.7. Rédaction des questions .....	page 30
2.8. Pré test.....	page 31
2.9. Modalités d'envoi du questionnaire.....	page 32
2.10. Choix de la date d'envoi, modalités de relances.....	page 33
2.11. Analyse des données.....	page 33
<b>3. Résultats.....</b>	<b>page 35</b>
3.1. Description de l'échantillon.....	page 35
3.2. Taux d'adhésion au CAPI.....	page 35
3.3. Analyse descriptive des réponses dans leur globalité.....	page 36
3.3.1. Les indicateurs sont-ils connus et permettent-ils une évaluation de la qualité ?.....	page 36
3.3.2. Les CAPI ont-ils été décrits par l'ensemble des répondants comme étant à l'origine de certaines tensions éthiques ?.....	page 36
3.3.3. Opinion des médecins quant à la rémunération.....	page 37
3.4. Principales différences entre les signataires et les non signataires .....	page 38
3.4.1. Les indicateurs sont-ils connus et permettent-ils une évaluation de la qualité ?.....	page 38
3.4.2. Différences observées sur les questions évaluées par des échelles numériques de 1 à 5 concernant les tensions éthiques induites par les CAPI.....	page 38
3.4.3. Principales différences d'opinions observées	

au cours des questions fermées de type oui/non.....	page 39
3.5. Recherche de facteurs explicatifs.....	page 40
3.6. Principales similitudes entre les médecins signataires et non signataires.....	page 41
3.6.1. Profil des répondants dans les deux groupes.....	page 41
3.6.2. Seul point de consensus retrouvé dans le questionnaire.....	page 41
<b>4. Discussion.....</b>	<b>page 43</b>
4.1. Représentativité de l'échantillon.....	page 43
4.2. Des résultats dans l'ensemble cohérents .....	page 43
4.2.1. Hiérarchisation des problématiques éthiques.....	page 43
4.2.2. Différences d'appréciation des tensions en fonction du statut de signataire ou de non signataire.....	page 43
4.3. Un résultat inattendu.....	page 45
4.4. Une analyse statistique à approfondir .....	page 46
4.5. Une analyse à venir du texte libre.....	page 47
4.6. Une ouverture vers les concepts de motivation interne et motivation externe .....	page 47
4.7. Un acteur oublié dans une question d'actualité ?.....	page 49
<b>5. Conclusion.....</b>	<b>page 50</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>page 51</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>page 57</b>

# **1. Introduction**

## **1.1 Contexte**

Le paiement dit « à la performance » (P4P) en soins primaires a connu un fort développement ces dix dernières années. La « performance » couvrant un champ très large allant de la qualité, en passant par les coûts, les délais, jusqu'à la satisfaction du consommateur. L'expérience à ce jour la plus achevée en la matière provient du Royaume Uni. Le British National Health Service a introduit le P4P en avril 2004 à travers le programme « Quality & Outcomes Framework » (QOF) (1). Ce projet était accompagné par une volonté d'augmenter significativement la qualité des soins, de réduire les listes d'attente et de faciliter l'accès aux soins. Il concerne les 8 400 médecins de famille qui travaillent en groupe au sein du Royaume-Uni, couvrant ainsi l'ensemble de 53 millions de patients (2). Le système mis en place a permis aux médecins d'obtenir un surcroît de rémunération dès lors qu'ils ont atteint un certain nombre d'objectifs quantitatifs mesurés par ces indicateurs.

Ce système de paiement à la performance existe également aux Etats-Unis où les initiatives se multiplient : 150 promoteurs ont lancé plus de 250 programmes différents en 2007. Ces programmes sont menés essentiellement par des assureurs privés (62%) (3) mais également dans le secteur public par CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services = centres de santé) (4).

D'autres pays occidentaux ont emboîté le pas. Il s'agit notamment du Canada, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, d'Israël et des Pays-Bas.

En France, l'introduction d'un système de paiement à la performance a été proposée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMTS) dans le cadre de son programme appelé : « Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles » (CAPI). L'outil principal de ce système en développement est pour l'instant basé sur un ensemble de 15 indicateurs nommés de la même manière (Annexe 1). Ces CAPI ont été entérinés et publiés au Journal Officiel le 21 avril 2009 (5).

Il semble cependant que l'esprit dans lequel la CNAMTS a proposé cet outil soit différent de celui du QOF. Alors que 3,2 milliards de dollars ont été alloués à la mise

en place du QOF, donnant aux médecins la possibilité d'améliorer leurs revenus de 25% en moyenne (entre 1 500 et 2 000 euros par mois en plus par médecin), l'assurance maladie espère que le coût de revient des CAPI sera nul : les sommes versées aux médecins étant compensées par les économies de prescription réalisées (6). Ainsi les objectifs des CAPI se situent plus dans une optique de diminution des dépenses de soins remboursables en développant une prévention individuelle par le dépistage, et en « protocolisant » davantage le suivi des maladies chroniques.

De plus la rémunération dans le cadre des CAPI se fait autant sur la performance que sur la progression d'une année sur l'autre.

En plus de leur modalité d'introduction différente, le contexte institutionnel de travail des médecins français est différent.

Tout d'abord le mode de paiement initial est majoritairement un paiement dit à l'acte contrairement au Royaume-Uni où il s'agit essentiellement d'un paiement à la capitation. De plus les médecins généralistes sont installés seuls en cabinet pour 46% d'entre eux (7) alors qu'ils exercent quasi exclusivement en groupe Outre-manche. Par ailleurs, en France les patients n'ont pas été informés de la mise en place du P4P, il n'est donc pas possible comme en Angleterre de savoir très facilement sur Internet quel médecin a adhéré et quel niveau d'accomplissement des indicateurs il a obtenu. Il n'existe pas non plus dans le système français de possibilité d'exclure certains patients lors du calcul des indicateurs. Enfin les objectifs du P4P ont été fixés unilatéralement par les autorités de santé sans consultation formelle des médecins généralistes ou de leurs représentants, alors que les indicateurs du QOF ont été négociés avec la profession.

Contrairement aux attentes et en dépit des pressions fortes des représentants de la profession, les CAPI ont rencontré un certain succès dès leur mise en place, en particulier chez les médecins exerçant dans les régions avec une forte densité médicale. Mille cent CAPI ont par exemple été signés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur au 31 août 2009, soit 300% de l'objectif initial de la caisse régionale (8). Six mois après leur mise en place, près de 12 600 contrats ont été signés au niveau national, soit environ un tiers de la population cible. Les premières analyses font apparaître que les médecins ayant choisi de signer le contrat ne semblent pas

différer des non signataires que ce soit au niveau de leur âge, de leur sexe, de leur zone d'activité ou du choix du secteur II (6).

D'après le rapport « Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives » (9), plusieurs arguments concourent à l'éclosion de ce type de paiement. Tout d'abord les pouvoirs publics recherchent de nouvelles formes d'incitation en matière d'amélioration de la qualité et il a récemment été montré que l'investissement dans la qualité ne constitue pas forcément un pari perdu en termes de réduction des coûts. Différentes études ont prouvé que l'investissement dans l'amélioration de la qualité pouvait largement être compensé par les retombées en termes d'hospitalisation évitées ou de soins non prescrits. (10) Ensuite, il semble exister une relative insatisfaction des médecins vis-à-vis des modes de paiement existants, reflétant selon eux un manque de reconnaissance du travail accompli. Le dernier argument est d'ordre technique : le développement des mesures de la qualité est désormais possible.

Cependant, certains syndicats de médecins se montrent prudents voire même franchement opposés à la mise en place de ce type de rémunération.

La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), par exemple, a fait circuler une pétition (11) dans laquelle on peut lire :

*« Demain, nous n'aurons plus la liberté de vous proposer les soins que nous estimons les plus appropriés pour vous, car l'État et les caisses, nous imposeront des protocoles de soins identiques pour tous et bien entendu au coût le plus bas. »*

Au-delà des syndicats, certaines institutions comme le Conseil National de l'Ordre des Médecins se déclarent également réticents à la mise en place de tels contrats (12).

Ayant pourtant été créés pour améliorer les pratiques et diminuer les coûts de santé, les CAPI suscitent certaines interrogations.

L'objectif de diminuer les dépenses de santé est-il compatible avec celui d'améliorer la prise en charge des patients ?

La légitimité économique des activités ayant pour finalité d'améliorer la santé publique se réfère nécessairement à une réflexion éthique qui, selon la formule d'Amartya Sen, doit « réencastrer l'économie dans la science morale ». (13)

Si plusieurs travaux ont déjà été réalisés en France pour étudier les enjeux éthiques des contraintes budgétaires sur les dépenses de santé en milieu hospitalier (14), aucun ne l'a fait sur la mise en place du paiement à la performance des médecins traitants en milieu ambulatoire.

## **1.2 Objectif**

L'objectif de notre travail est de faire émerger et de faire évaluer, par les médecins généralistes eux-mêmes, les problématiques éthiques mises en tension par l'introduction du paiement à la performance dans les soins ambulatoires en France.

## **1.3 Stratégie de recherche**

Quatre étapes nous sont apparues nécessaires dans la construction de notre protocole de recherche :

- Effectuer un choix argumenté d'une définition de l'éthique dans le cadre de ce travail.
- Réaliser une revue de la littérature internationale sur le sujet
- Réaliser une étude qualitative préliminaire par focus groups
- Réaliser une étude quantitative par questionnaire reposant sur les données de l'enquête qualitative pour donner une portée plus générale à nos résultats.

Les 3 premières étapes ont été débutées dans un travail de Master 1 (15) et seule la synthèse des résultats obtenus sera présentée ici dans la suite de l'introduction.

Le travail de recherche quantitative constituera le corps du travail de Master 2.

## **1.4 Choix argumenté d'une définition de l'éthique dans le cadre de ce travail.**

Il a semblé tout d'abord nécessaire de définir, dans le cadre de notre recherche, le terme « éthique », afin que ce terme soit identifié de façon équivalente et fasse sens commun auprès d'un public de médecins généralistes.

Trouver une définition qui fasse consensus n'est pas chose aisée tant le champ de l'éthique est vaste, englobant la médecine, la biologie, le droit, la philosophie, la psychologie et l'anthropologie.

Pour aboutir à une définition qui puisse nous guider au cours de ce travail nous avons volontairement décidé de restreindre le champ de l'éthique à la seule éthique médicale.

La définition qu'en donne le petit Larousse est : ensemble des règles morales qui s'imposent aux différentes activités des médecins.

Etant donné que le paiement à la performance n'intervient à l'heure actuelle que dans la pratique médicale au sens du soin, le sens que nous avons souhaité donner à l'éthique médicale dans ce travail se concentre uniquement sur ce champ.

Ainsi, il nous a semblé qu'une définition pertinente de l'éthique pour cette recherche pourrait être proche de celle de l'éthique professionnelle et entendrait ici que le médecin fasse le mieux qui lui soit possible de faire pour la prise en charge de ses patients.

### **1.5 Revue de littérature**

Pour répondre à notre objectif, nous avons cherché à être le plus exhaustif possible. Pour ce faire, nous avons effectué dans un premier temps une revue de la littérature. Celle-ci a d'abord interrogé la base de données Medline par l'intermédiaire du thésaurus Mesh.

La première recherche a croisé les termes suivants :

"Quality Indicators, Health Care"[Majr] AND "Ethics, Medical"[Majr]" et n'a fait ressortir qu'un seul résultat.

En supprimant la restriction de recherche « restrict to major topics » 7 articles sont alors référencés mais seul celui de la précédente recherche est pertinent pour notre travail.

Une autre recherche a alors croisé les termes :

"ambulatory care"[MeSH Terms] AND "physicians"[MeSH Terms] OR "specialties, medical"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "specialists"[Title/Abstract] OR "family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[Title/Abstract] OR "general practitioner"[Title/Abstract] OR "outpatient care"[Title/Abstract]

Quality Indicators, (Healthcare) "[MeSH Terms]

“Ethics, Medical” [MeSH Terms] “Bioethics” [MeSH Terms]

Cette stratégie n’a fait ressortir qu’une seule autre référence pertinente.

La troisième recherche a quant à elle croisé : "ambulatory care"[MeSH Terms] AND "physicians"[MeSH Terms] OR "specialties, medical"[MeSH Terms] OR "primary health care"[MeSH Terms] OR "specialists"[Title/Abstract] OR "family practice"[MeSH Terms] OR "general practice"[Title/Abstract] OR "general practitioner"[Title/Abstract] OR "outpatient care"[Title/Abstract]

“Ethics, Medical” [MeSH Terms] Quality of Health care [MeSH Terms]

Puis, nous avons cherché le thésarus Mesh du « paiement à la performance » : il s’agit de "Reimbursement, Incentive". Nous avons alors procédé aux recherches suivantes :

"Reimbursement, Incentive"[Mesh] OR "Reimbursement, Incentive/ethics"[Mesh] AND "Family Practice"[Mesh]

Cette stratégie de recherche a fait ressortir 61 articles sur les 10 dernières années mais seulement 5 d’entre eux étaient pertinent vis-à-vis de notre question de recherche.

"Ethics, Medical"[Mesh] AND "Reimbursement, Incentive"[Mesh]:

35 réponses dont 7 pertinentes.

"Conflict of Interest"[Mesh] AND "Reimbursement, Incentive"[Mesh]

21 réponses dont 3 pertinentes.

"Reimbursement, Incentive"[Mesh] AND "Physician-Patient Relations"[Mesh] 41 réponses dont 4 pertinentes

Enfin à la recherche de tout oubli éventuel des précédentes stratégies ont été croisés dans pubmed "Ethics" AND "Reimbursement, Incentive" sans passer par le thésarus Mesh. Soixante-neuf réponses ont été obtenues dont cinq appropriées qui n’avaient pas été repérées jusque-là.

L’ensemble de ces recherches, effectuées dans un premier temps le 20 novembre 2009, dans un second le 02 mars 2010, puis une dernière recherche en mars 2011 a permis de sélectionner 32 articles jugés pertinents dans l’optique de notre travail.

D'autres bases de données comme le CISMEF, la Bibliothèque Médicale Lemanissier et le site du laboratoire d'éthique de Paris Descartes ont également été interrogées avec comme mots clefs « paiement à la performance », « indicateurs » et « éthique ».

Enfin les références qui nous semblaient pertinentes dans les articles préalablement identifiés ont également été étudiées.

Au total 42 articles issus de la littérature internationale ont été jugés pertinents dans l'optique de ce travail.

L'ensemble de ces articles ont permis de faire émerger 8 axes principaux de réflexion éthique sur le paiement à la performance.

#### 1.5.1 Une remise en cause de l'éthique professionnelle : les médecins ne font-ils pas à l'heure actuelle « de leur mieux » ?

Le paiement à la performance a comme objectif affiché d'améliorer la qualité des soins. Cet objectif semble à première vue éthique et s'inscrit parfaitement dans le cadre de la définition retenue dans ce travail.

Cependant, le fait même de présumer que les médecins vont mieux soigner en l'échange de rétribution financière présuppose qu'ils ne font pas au mieux de leurs capacités à l'heure actuelle, autrement dit qu'il existe actuellement un manquement à l'éthique professionnelle et qu'une incitation financière est nécessaire pour y remédier. Ces suppositions semblent reposer sur les nombreux travaux qui montrent en France une réelle discordance entre les recommandations émises par les autorités de santé et les pratiques médicales observées (16-18). Une partie des indicateurs des CAPI ont pour objectif d'augmenter les prescriptions médicales en rapport avec les recommandations officielles. De nombreuses explications ont déjà été données concernant le non-respect de ces recommandations. En mettant en place le paiement à la performance, la CNAM semble admettre qu'une des raisons du non-respect de ces recommandations est d'ordre financier : jusqu'à présent le fait d'appliquer ou pas les recommandations officielles ne modifiait pas la rémunération des médecins généralistes.

Nous risquons donc de nous retrouver dans une situation surprenante où plus les CAPI vont être « efficaces » pour permettre une meilleure adhésion aux

recommandations, plus cela signifiera que celles-ci n'étaient pas suivies pour des raisons financières. Autrement dit, nous sommes devant le paradoxe suivant : l'efficacité des CAPI pourrait être inversement proportionnelle à l'éthique professionnelle des médecins avant la signature de ces contrats.

### 1.5.2 Le système français actuel (paiement à l'acte) n'est-il pas lui aussi porteur de dérives ?

La mise en place du paiement dit à la performance au travers des CAPI se fait en France sur des bases très différentes de celles du Royaume Uni.

D'une part, comme décrit dans l'introduction, les sommes allouées à ce nouveau système ne sont pas comparables. D'autre part, les modes de rémunération préalablement existants sont fondamentalement différents.

Alors qu'au Royaume Uni les médecins sont payés par « capitation », le modèle français repose quant à lui sur le paiement dit à l'acte.

Ce dernier incite financièrement à augmenter la quantité des actes effectués et ne prend pas directement en compte leur qualité.

Les défenseurs de ce type de paiement argumentent qu'en cas d'insatisfaction, les patients ne reviendront pas voir le même médecin et que ces derniers doivent donc répondre à leurs attentes. Ainsi, selon eux, le nombre d'actes est lié à la satisfaction des patients et la rémunération repose au moins en partie sur la qualité des soins.

Un article publié dans le JAMA en 1998 va dans ce sens (19) : ce travail mené aux Etats Unis par un questionnaire téléphonique tentait d'établir l'existence d'un lien entre la confiance accordée par les patients à leurs médecins et le mode de rémunération de ces derniers. Plus de 2 000 patients avaient été interrogés. La conclusion de ce travail était que les patients avaient globalement confiance dans leur médecin, cependant il existait des variations du niveau de celle-ci en fonction du mode de rémunération des médecins. Le paiement à l'acte était associé à un plus haut niveau de confiance que le salariat, la capitation ou le paiement à la performance (managed care).

Plusieurs arguments ont été objectés à ce raisonnement :

- La confiance et la satisfaction des patients sont deux concepts différents de la qualité des soins.
- La démographie médicale française risque d'imposer certains médecins à des patients faute de concurrence.

Par ailleurs, trois risques sont inhérents au paiement à l'acte :

- La demande induite : il est financièrement intéressant de reconvoquer régulièrement les patients, avec éventuellement un risque de sur-prescription d'examens complémentaires pour effectuer de nouvelles consultations liées à leur interprétation. La littérature des économistes est très abondante sur le sujet (20). Un rapport de 2005 (21) conclue que l'asymétrie des réactions selon l'évolution, croissante ou décroissante, de la densité médicale constitue une preuve décisive de l'existence de comportements de demande induite. Lorsque le revenu des médecins peut être augmenté par une élévation du nombre de consultations, leur activité réagit avec une élasticité élevée à l'augmentation de la demande résultant d'une baisse de la densité. A l'inverse, lorsque la demande qui s'adresse à eux diminue du fait d'une augmentation du nombre de leurs confrères, on observe une forte rigidité à la baisse de leur activité.

- La sélection des patients : les patients polypathologiques, porteurs de maladies chroniques ou âgés demandent un temps de consultation plus important. Une consultation étant toujours rémunérée de la même façon, il est financièrement intéressant d'éviter les patients chronophages.

- Raccourcissement du temps de consultation pour ne répondre qu'à la demande immédiate du patient. Ainsi, certains points pourtant décrits comme faisant partie intégrante du rôle du médecin généraliste comme la prévention, le dépistage ou l'éducation thérapeutique risquent de ne pas être abordés.

Le système en place à l'heure actuelle incite donc financièrement à une certaine forme de pratiques et peut avoir des répercussions sur l'éthique professionnelle des médecins généralistes.

Les médecins eux-mêmes sont très partagés quant au bien-fondé du paiement à l'acte exclusif. Dans un sondage IFOP réalisé en 2008 auprès de 401 médecins, 44% d'entre eux étaient favorables à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération alors que 52% désapprouvaient cette idée. (22)

### 1.5.3 Le paiement à la performance est-il efficace en termes d'amélioration de la qualité des pratiques ?

Si l'introduction du paiement à la performance a pour objectif d'améliorer la qualité des soins, alors cet objectif est conforme à la définition de l'éthique adoptée dans ce travail.

La question qui reste en suspens est l'efficacité d'une telle mesure.

L'étude des données du Royaume-Uni où le paiement à la performance est déjà mis en place depuis 5 ans semble instructive.

La mise en place du paiement à la performance a provoqué une amélioration apparente de la qualité des pratiques professionnelles, jugée à partir d'un suivi dans le temps de 146 indicateurs couvrant différentes conditions cliniques, l'expérience des patients, des aspects préventifs, organisationnels, d'utilisation des ressources et de développement des systèmes d'information.

Cependant, un travail récent publié dans le BMJ (23) a étudié cette amélioration dans le cadre du diabète. La conclusion de ce travail était que la prise en charge des patients diabétiques s'est bien améliorée depuis 2004, mais que le lien de causalité avec la mise en place du paiement à la performance n'est pas évident.

Toujours dans le cadre du diabète, Shojania et al. ont réalisé en 2006 une méta-analyse (Medline et Cochrane effective practice de 1996 à 2006) ayant pour objectif d'évaluer l'impact de 11 stratégies distinctes d'amélioration de la qualité de suivi des patients diabétiques de type 2. Seules 2 se révélaient avoir des effets significatifs : les « team changes » et « case management », toutes deux centrées sur les patients (24). En 2008, deux travaux (25,26) ont déjà mis en évidence que 98% des variations du niveau d'hémoglobine glyquée (HbA1c) sont attribuables aux caractéristiques des patients, et seulement 2% à celles des professionnels de santé. Les conclusions de ces travaux sont que les stratégies de santé publique encourageant les modifications de comportements des patients sont plus efficaces que celles visant les médecins.

Un travail récent s'est également intéressé à l'efficacité du paiement à la performance dans le cadre de la prise en charge de l'Hypertension artérielle (HTA) (27). Les dossiers informatiques de 470 725 patients ont été étudiés et le paiement à la performance n'a pas été à l'origine d'une amélioration significative au niveau du contrôle des chiffres tensionnels. Il n'a pas non plus permis de diminuer le risque de

survenue d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou encore d'insuffisance rénale.

Au-delà des simples exemples du diabète et de l'HTA plusieurs travaux ont tenté d'évaluer l'efficacité d'incitations financières à la performance. La littérature sur le sujet est très abondante. Quatre revues de la littérature ont déjà été effectuées (28-32). Elles montrent des résultats très modestes, peut-être faute de recul. En effet, bien qu'une tendance à l'amélioration des pratiques soit globalement retrouvée, un lien direct avec la rémunération à la performance n'a pas pu être isolé, trop d'autres paramètres rentrant en ligne de compte.

En France, l'Assurance Maladie a communiqué les chiffres obtenus par les médecins CAPIstes et non CAPIstes et a tenté d'analyser leur évolution sur un an dans un article paru dans la lettre du collège des économistes de la santé (33).

Les résultats sont mitigés comme le montre le tableau ci-dessous :

indicateur	signataires au 1 er juillet 2009			non signataires		
	taux initial	taux à fin juin 2010	évolution	taux initial	taux à fin juin 2010	évolution
Grippe	63.8%	64.4%	0.7	63.3%	63.6%	0.3
Mammographie	65.3%	65.3%	0.0	65.2%	65.1%	-0.1
Vasodilatateurs	13.7%	11.8%	-1.9	14.2%	12.7%	-1.5
Benzodiazépines à ½ vie longue	15.7%	14.7%	-1.0	15.5%	14.9%	-0.6
Dosages d'HbA1c	40.3%	44.6%	4.2	39.8%	41.0%	1.2
fond d'œil	42.8%	44.6%	1.8	42.0%	42.6%	0.6
diabétiques sous HTA et statines	53.1%	57.0%	3.9	52.7%	55.0%	2.2
diabétiques sous HTA, statines et aspirine faible dose	41.7%	47.1%	5.4	40.8%	42.1%	1.3
antibiotiques	71.2%	70.2%	-1.0	70.7%	68.8%	-2.0
IPP	44.8%	63.6%	18.9	42.2%	57.5%	15.3
statines	42.6%	42.5%	-0.2	41.6%	38.7%	-3.0
Anti-hypertenseurs	49.7%	61.6%	11.9	49.6%	61.0%	11.4
antidépresseurs	70.1%	67.7%	-2.4	69.6%	66.4%	-3.1
IEC/(IEC+sartans)	40.0%	41.3%	1.4	40.0%	39.5%	-0.5
aspirine faible dose	79.7%	81.2%	1.4	79.4%	80.0%	0.6

Après un an, la proportion des diabétiques suivis par les médecins ayant adhéré aux CAPI qui ont bénéficié de 3 ou 4 dosages d'HbA1c dans l'année a augmenté de 4,2 points à 44,6% et les diabétiques à haut risque cardiovasculaire bénéficient plus souvent d'un traitement par statine (augmentation de 3,9 points à 57%).

La plus forte progression a en fait eu lieu sur l'indicateur le plus discuté, en particulier par la revue Prescrire, quant à sa validité scientifique (34). Il concerne le pourcentage de patients à haut risque cardiovasculaire traités par aspirine à faible dose (+ 5,4 points à 47,1%)

Dans le domaine de la prévention, les résultats n'apparaissent pas comme significatifs.

Au total il semble qu'il existe une corrélation statistique entre la mise en place du paiement à la performance et l'amélioration de la qualité des soins, sans qu'un lien de causalité n'ait pu être démontré à ce jour.

#### 1.5.4 Le paiement à la performance peut-il engendrer une discrimination entre les patients ?

Dans son rapport sur les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier, le Conseil Consultatif National d'Ethique concluait que « *la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique ... en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.* » (14)

Il s'agit justement d'une des craintes engendrées par la mise en place d'un système de paiement à la performance. Puisque les CAPI sont calculés sur la base des prestations remboursées par la CNAM, un biais existe entre les prescriptions médicales et les données sur lesquelles sont calculés ces CAPI. Ce biais est en grande partie lié à l'observance des patients. Ainsi en sélectionnant des patients supposés « plus observants » certains médecins pourraient voir leur rétribution financière augmenter. Ce risque a déjà été identifié dans la littérature anglo-saxonne (35,36)

Il est d'autant plus préoccupant qu'un travail de master en épidémiologie (37) l'a récemment mis en lumière dans le contexte français. Ce travail avait pour objet d'étudier la variabilité inter médecin analysée après ajustement sur les

caractéristiques des patients. Il s'intéressait à un seul des indicateurs utilisés dans les CAPI, à savoir le « pourcentage des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 hémoglobines glyquées dans l'année ».

Les bases de données sources ont été celles de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), après obtention d'un accord de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

Le taux de l'indicateur chez les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) a été significativement moins bon (OR=0.803 [0.667-0.952]) que celui observé dans la population générale.

Une baisse similaire a été observée chez les patients en Affection Longue Durée (ALD) pour une pathologie psychiatrique (OR=0.843 [0.752-0.944]).

Les médecins soignant un plus grand nombre de patients bénéficiant de la CMU ou en ALD psychiatrique ont donc obtenu, toutes choses étant égales par ailleurs, de moins bons résultats sur cet indicateur.

Il a par ailleurs déjà été rapporté que les patients ayant un statut socioéconomique plus élevé bénéficient, toutes choses égales par ailleurs, de surveillances biologiques plus fréquentes (38)

De même, Hofer et al ont rapporté dès 1998 que le développement de profils individuels à des fins d'analyse des qualités de suivi de l'HbA1c par chaque praticien peut amener ceux-ci à améliorer très aisément leurs résultats en excluant de leur patientèle leurs plus « mauvais » patients (39).

Au regard de ces éléments, il semble que les résultats d'indicateurs de performance peuvent être influencés par des paramètres indépendants du médecin tels que le niveau socio-économique des patients ou certaines de leurs co-morbidités.

Deux risques semblent découler de ce constat :

- Une inégalité de rétribution financière des médecins en fonction de leur lieu d'exercice. Les médecins installés dans les zones les plus riches et voyant le moins de patients bénéficiant de la CMU ayant des taux d'indicateurs supérieurs à ceux installés dans des zones plus défavorisées.

- L'éventuelle tentation pour certains médecins de « sélectionner » leurs patients.

Bien qu'ayant tous prêté le serment d'Hippocrate qui stipule « je donnerais mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera », un manque à gagner financier venant se surajouter à une prise en charge souvent plus longue parfois plus difficile

pourrait démotiver certains médecins dans la prise en charge des patients qui bénéficient de la CMU.

Cependant une étude récente et de grande envergure au Royaume-Uni a montré que la mise en place du QOF n'avait pas majoré les inégalités de santé, au contraire il semble que ce système ait permis une amélioration sur ce point. (40)

Ces résultats doivent être observés avec prudence car le contexte au Royaume-Uni est différent, il existe en particulier la possibilité d'exclure des patients de la base de calcul sans les exclure de sa patientèle. Ainsi certains patients jugés peu observant peuvent continuer à être soignés sans que les résultats de leurs indicateurs ne viennent affecter la rémunération du médecin.

#### 1.5.5 La possible survenue de biais dans les données déclaratives.

Si la plupart des indicateurs sont calculés sur la base des données de remboursement de la CNAM, l'un d'entre eux : « Part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels  $\leq 140/90$ . » repose à l'heure actuelle uniquement sur les données fournies par les médecins traitants. Outre les difficultés techniques de répondre avec précision à une telle question, l'intéressement financier pourrait inciter à « optimiser » les chiffres réels. S'il est difficile de faire un procès d'intention aux médecins français, des données sur ce sujet existent déjà Outre-manche.

Dans le cadre du QOF, basé sur des données cliniques issues de logiciels standardisés installés dans les cabinets des médecins généralistes, une récente étude (23) fait part d'un sous-codage important. Environ un tiers de la population diabétique reconstituée sur les données de prescription n'a pas été codée par les médecins. Les auteurs ne s'attardent pas sur les raisons d'un tel sous-codage mais une motivation financière peut sembler envisageable. En effet on peut supposer qu'en « omettant » de coder le diagnostic de diabète de patients qu'ils savent peu observant et qui risqueraient donc d'altérer le résultat de l'indicateur, le cabinet voit son taux s'améliorer, et par conséquent aussi le montant de sa rétribution financière. Un risque existe donc de voir parfois certains dossiers médicaux remplis de façon incomplète, voire avec des données volontairement fausses dans un objectif purement financier. Une telle tenue de dossiers pourrait être préjudiciable dans la prise en charge des patients.

### 1.5.6 Une modification possible de la relation médecin/patient. Le médecin au centre d'un conflit d'intérêts ?

Ces vingt dernières années ont été marquées par une évolution de la relation médecin/malade offrant une plus grande autonomie au patient. Ce dernier doit bénéficier d'explications claires et, dans la mesure du possible, participer aux décisions thérapeutiques le concernant.

Or d'après Slowther et al, l'introduction d'indicateurs de qualités en soins de premiers recours risque d'entraîner une dérive paternaliste de la relation médecin/patient. (41) Dans le but d'obtenir les meilleurs indicateurs possibles, l'information délivrée aux patients risque d'être orientée et l'autonomie à laquelle les patients peuvent prétendre abaissée.

La médecine fondée sur les preuves ou l'evidence based medicine (EBM) repose sur des données statistiques, basées sur des études incluant des centaines voire des milliers de patients. Les conclusions de telles études ne peuvent pas s'appliquer à chaque cas particulier. Une rémunération incitant à appliquer « le plus possible » les résultats de l'EBM risque d'engendrer des conflits d'intérêts dans certaines situations.

L'une des dérives possibles de ce type de conflit d'intérêts est une augmentation non nécessaire de prescriptions d'examen complémentaires. La réalisation d'au moins trois dosage d'HbA1C par an chez les patients diabétiques n'est pas justifiée dans toutes les situations (cancer évolué, fin de vie...) or, ces situations particulières ne sont à l'heure actuelle pas prises en compte dans le calcul des indicateurs. Il serait donc financièrement rentable pour le médecin de prescrire de tels examens, même dans ce type de situations.

Des modifications de prescription pourraient également avoir lieu. Dans l'exemple des CAPI, un des indicateurs étudie la proportion de patients diabétiques hypertendus et âgés de plus de 50 ans ou 60 ans selon le sexe qui sont traités par statines. Plus cette proportion est élevée, plus la rétribution financière le sera.

Bien que de nombreux travaux aient prouvé l'intérêt du traitement par statine chez les patients diabétiques (42), une telle recommandation n'est pas applicable pour l'ensemble des patients. Il existe des contre-indications à l'usage des statines comme l'insuffisance hépatique et des effets indésirables comme les myalgies avec rhabdomyolyse. La décision du praticien de poursuivre ou d'arrêter un traitement par

statines chez un patient présentant de tels symptômes risque de ne plus reposer uniquement sur le rapport bénéfice/risque du traitement, une composante financière risquant d'intervenir dans la prise de décision. Cette composante financière étant connue des patients, la relation de confiance unissant le patient au médecin peut également être altérée.

L'histoire récente du paiement à la performance a déjà entraîné une telle crise de confiance.

Les croyances de chaque pays sont différentes. Au Royaume-Uni, l'une d'entre elles voudrait qu'il existe un lien entre la vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) et l'autisme. Ce lien n'est pas scientifiquement démontré, mais les médecins du Royaume-Uni bénéficiaient d'une rémunération supplémentaire en fonction de leur taux de couverture vaccinale. Cette rémunération a été à l'origine d'une cassure dans la confiance accordée aux médecins. Certains patients étant persuadés qu'une partie de la vérité leur était cachée dans l'optique de vacciner plus et ainsi de gagner plus d'argent. Cette crise de confiance a été si importante qu'il a été demandé par les praticiens du Royaume-Uni que les objectifs de taux de vaccination des enfants soient retirés (41).

Par ailleurs, un travail a été mené aux Etats Unis par questionnaire téléphonique auprès de 1 549 médecins dont 550 généralistes (43) et avait pour thème les croyances des médecins vis-à-vis de la mise en place du paiement dit « à la performance » et sur la réduction des coûts de santé : 50,6% des médecins interrogés ont déclaré que ce système avait eu un impact négatif sur la confiance qui leur était accordé et 80,8% que les modifications du système de santé depuis 10 ans (de 1990 à 2000) avaient « *diminué leur engagement éthique vis-à-vis d'une prise en charge individuelle loyale de leurs patients.* »

Un autre travail mené conjointement aux Etats Unis et en Angleterre (44) a recherché d'éventuelles conséquences inattendues du paiement à la performance en réalisant 40 entretiens individuels (20 en Angleterre et 20 en Californie).

Les médecins anglais interrogés s'accordaient à dire qu'ils passaient plus de temps à collecter les informations requises par le QOF et moins à écouter les plaintes de leurs patients. Cela pouvait engendrer des situations délicates où des plaintes majeures n'étaient pas entendues, ou minimisées pour pouvoir poursuivre le recueil de données. Ce risque n'existe pas à l'heure actuelle en France, le recueil de

données étant fait par la CNAM essentiellement sur les remboursements médicamenteux.

Les médecins généralistes californiens étaient, quant à eux, dans un système où, comme en France, il est impossible d'exclure le moindre patient des calculs même pour des raisons justifiées : patients en fin de vie, conditions socio-économiques particulièrement précaires...

Cette situation a engendré un certain ressentiment des médecins envers les patients peu observants. Dans certaines situations quelques médecins ont menacé ces patients de les exclure de leur patientèle. Ils ont même parfois mis à exécution ces menaces.

Un double risque apparaît ici : une altération de la relation médecin/patient associée à une sélection des patients.

Enfin, certains médecins avouaient mentir à leurs patients concernant les conséquences financières du paiement à la performance. Ce mensonge avait la plupart du temps pour objet de majorer le manque à gagner pour le médecin si le patient refusait de faire l'examen prescrit.

Le paiement à la performance semble donc pouvoir modifier l'attitude du médecin envers son patient avec une tendance à un plus grand dirigisme.

Ce dirigisme est-il dans l'intérêt du patient ? Ou est-il l'expression d'un réel conflit d'intérêt du médecin ? Une partie de la réponse réside probablement dans le choix et la qualité des indicateurs mesurés.

#### 1.5.7 Importance des indicateurs utilisés : une possibilité de négliger ce qui n'est pas mesuré ?

Dans un article publié en 2007, (45) l'American College of Physicians (ACP) faisait part de son inquiétude quant à l'utilisation de groupes restreints d'indicateurs de qualité des soins dans le cadre du paiement à la performance, ne faisant place qu'à des données de prescription ou d'examen complémentaires. L'ACP soulignait également l'importance primordiale de prendre en compte des données telles que la continuité des soins, la qualité d'écoute du médecin, la durée de consultation ou encore l'accès aux soins.

L'ACP met en garde devant une des dérives envisageables qui consisterait à ne considérer comme important dans la prise en charge du patient uniquement ce qui est mesuré. Leur conclusion stipule que, dans le cadre du paiement à la performance, il est primordial d'évaluer l'ensemble des paramètres de la qualité des soins et ne pas se contenter d'évaluer ce qui est facile à mesurer.

Le risque de négliger les types de soins pour lesquels la qualité n'est pas mesurée a également été souligné par plusieurs articles (46-48), en particulier par Iona Heath, actuelle présidente du Royal College of General Practice (47,48).

Cette difficulté à mesurer certains aspects fondamentaux de la relation de soin apparaît particulièrement manifeste à l'heure où ont été définis les rôles et fonctions des médecins généralistes en France (39). Si certains sont présents dans les CAPI comme la prévention et le dépistage, d'autres ne sont pas évalués comme la prise en charge globale, le rôle de premier recours ou encore le fait d'assurer la continuité des soins.

#### 1.5.8 Un frein possible à la motivation interne des médecins ?

Plusieurs professions sont décrites comme intrinsèquement motivantes du fait de la satisfaction inhérente à l'activité effectuée. (50) Ce type de professions ne semble pas nécessiter de récompense extrinsèque. Plusieurs travaux repris dans une méta analyse (51) semblent même indiquer que la motivation interne peut être diminuée par des incitations financières imposées. Or la motivation intrinsèque est traditionnellement considérée comme un attribut clef de la performance professionnelle (52). Devant de telles données, une équipe de recherche anglaise a mis en place une étude observationnelle ethnographique de cinq mois à la recherche d'une éventuelle baisse de motivation chez les médecins suite à l'introduction du QOF (53). Ce travail ne retrouve pas de diminution de la motivation intrinsèque mais les auteurs restent prudents quant à la généralisation des résultats au regard du faible nombre de médecins observés.

#### 1.5.9 Peu de données en France.

Une grande majorité des travaux exposés émanent de revues anglo-saxonnes.

Aucun d'entre eux n'a interrogé directement des médecins français. Compte tenu des contextes d'exercice assez différents entre la France et les pays anglo-saxons, il nous a semblé opportun et instructif de mener ce travail de recherche auprès de médecins généralistes français pour poursuivre notre objectif : faire ressortir l'ensemble des questionnements éthiques suscités par la mise en place du paiement à la performance en France.

## **1.6 Synthèse du travail d'analyse qualitative mené dans le cadre du master 1**

Il nous a semblé qu'un travail de recherche de nature qualitative était nécessaire dans un premier temps. Quelques pages résumant la méthode et les principaux résultats obtenus vont être présentés ici. Ce travail est actuellement en cours de publication.<sup>1</sup>

Une méthodologie par focus group nous a paru la plus appropriée pour faire émerger ces tensions éthiques. La pensée résulte selon Morgan d'un processus de construction qui s'effectue via la parole, dans un contexte social (54). Le focus group permet ainsi de replacer les intervenants dans ce cadre collectif et contradictoire, leur permettant de libérer et stimuler leur pensée en réduisant les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement.

Deux focus groups ont été organisés, le premier comprenant exclusivement des médecins ayant signé un CAPI, et le second avec des médecins n'ayant pas signé ce type de contrat. L'objectif d'une telle séparation était d'éviter une éventuelle « stérilisation » du débat en cas de désaccord profond entre les signataires et non signataires. Un dédommagement financier était proposé aux intervenants.

Trois phases de recrutement d'intervenants ont été nécessaires pour constituer les deux groupes de 6 à 10 médecins généralistes franciliens, la première phase par téléphone, la deuxième par email. Le nombre de médecins ayant signé un CAPI étant encore insuffisant à l'issue de ces deux phases de recrutement, de nouveaux contacts par téléphone ont été nécessaires.

---

<sup>1</sup> Un premier article a été accepté sous réserve de modifications dans la Revue Française des Affaires Sociales, un second est actuellement en cours de soumission dans le Journal of Medical Ethics.

Les focus groups étaient animés par une sociologue suivant un guide structuré de conduite des débats élaboré par une équipe pluridisciplinaire de quatre chercheurs (un médecin de santé publique, un enseignant chercheur en éthique médicale, un médecin généraliste et une sociologue). Les guides ont été élaborés afin de ne pas suggérer directement les problématiques éthiques potentielles, afin de permettre qu'elles émergent spontanément du débat. Néanmoins, au cas où une d'entre elle n'aurait pas été abordée elle était alors proposée au groupe pour qu'il juge de sa pertinence.

La durée de chaque focus group n'était pas limitée dans le temps, mais déterminée par le moment de saturation du débat.

Les entretiens collectifs ont été enregistrés avec accord des participants, puis intégralement retranscrits. Nous avons réalisé une analyse inductive de contenu thématique avec construction de catégories à partir de l'analyse des propos des participants. Les textes retranscrits ont été lus à plusieurs reprises, avec un choix des unités de sens, une identification des thèmes généraux, catégorisation et classification. Une triangulation a ensuite été effectuée entre les quatre chercheurs pour optimiser la conformité des données.

#### Principaux résultats observés :

*L'analyse du contenu des entretiens a fait émerger deux axes principaux :  
la relation avec le patient et la relation à l'argent.*

A / La relation avec le patient

Dans les 2 groupes, il existait une certaine ambivalence quant à l'impact de ce mode de paiement sur les pratiques.

La relative méconnaissance reconnue sur la nature précise des indicateurs a été utilisée comme un argument pour prouver qu'ils n'étaient pas susceptibles ou n'engendraient pas (par les signataires du CAPI) de réelle modification dans la prise en charge des patients. Cependant, plusieurs médecins ont reconnu (chez les signataires) ou estimé (chez les non signataires) que les CAPI, au même titre que les

délégués des laboratoires pharmaceutiques impactaient les pratiques, même inconsciemment.

Au-delà d'un impact sur les pratiques et les prescriptions médicamenteuses, certains ont déclaré que ce mode de paiement était porteur d'une modification profonde de la relation de confiance médecin/malade, avec possible perte de la qualité de cette la relation.

Cette relation pourrait évoluer dans le sens d'un possible regain du dirigisme des médecins risquant de réduire l'autonomie des patients.

Par ailleurs en cas de mauvaise observance le manque à gagner potentiel était susceptible de majorer le désagrément du médecin résultant du non-respect de sa prescription.

Les médecins des deux groupes ont aussi été d'accord pour évoquer un potentiel conflit d'intérêts pour le médecin, principale cause d'une possible modification de la relation médecin/malade.

Sur d'autres points les médecins des deux groupes avaient des positions opposées. Ainsi, alors que les médecins non signataires identifiaient clairement un risque de sélection des patients, avec un éventuel rejet des patients les moins observant, aucun des médecins signataires ne partageait cette opinion.

De même, les médecins non signataires contrairement aux signataires ont semblé particulièrement gênés par le fait que les patients ne soient pas impliqués ni informés lors de la signature du contrat, du fait que ceci contribuait au risque de dégradation de la relation médecin/malade. Ce point n'est pas partagé par les médecins signataires pour lesquels l'information délivrée par le médecin n'est par essence jamais neutre.

B : La relation avec l'argent

Dans les deux groupes, l'ensemble des participants estimaient que les CAPI pouvaient être perçus dans l'opinion publique comme un manquement des médecins à leur obligation éthique professionnelle. Le fait de devoir les payer plus pour qu'ils améliorent leur pratique étant identifiée comme sa marque indirecte. Cependant pour la majorité d'entre eux, le mode de rémunération actuel français (paiement à l'acte)

n'est pas satisfaisant. Le fait d'être payé uniquement en fonction de la quantité de patients vus n'est pas considéré comme juste.

Dans le cadre des CAPI, le paiement à la performance donne lieu au versement d'une prime dont le montant est considéré par l'ensemble des médecins comme relativement faible. Ce faible niveau a été utilisé comme argument pour minimiser les risques de dérive.

Cependant sur ce thème de la rémunération on constate aussi des différences notables. L'ensemble des médecins ayant adhéré au contrat estimait qu'il s'agissait d'une juste reconnaissance du travail bien fait.

Ce n'était pas le cas des non signataires certain d'entre eux jugeant même son niveau comme insultant.

Par ailleurs, le fait d'être rémunéré en fonction d'objectifs à atteindre a été identifié par ce dernier groupe comme une possible source de souffrance professionnelle.

### **1.7 Pour conclure l'introduction**

Aucun travail n'avait, à notre connaissance, été mené dans le contexte actuel français auprès des médecins généralistes eux-mêmes. L'objectif du travail de master 1 (15) était de faire émerger les problématiques éthiques auxquelles ont directement été confrontés les médecins lorsqu'ils ont accepté ou refusé d'adhérer à un tel mode de rémunération. Plusieurs points de tension éthique ont ainsi pu être identifiés.

Cependant la principale limite de ce travail concerne le faible nombre de participants. De plus la technique de recrutement « par effet boule de neige » ayant permis de recruter quatre des cinq participants du premier groupe, ne permettait pas de les considérer comme représentatifs des médecins signataires.

Enfin, de nombreuses contradictions existant entre les groupes, et parfois même au sein d'un même groupe, nous a incité à poursuivre ce travail avec une autre approche méthodologique pour affiner nos conclusions.

## **2 Méthode**

### **2.1 Intérêt d'obtenir des données quantitatives**

Dans les pays occidentaux, s'est imposé progressivement le réalisme scientifique. La bonne représentation de la réalité doit passer par le chiffre (55). En France, pendant les années 60 plusieurs disciplines dont la sociologie se sont converties (au moins en partie) à l'idée d'une connaissance empirique et systématique de la réalité et au recours aux données quantitatives comme moyen privilégié de l'appréhender.

Dans le cadre de notre étude, bien que l'échantillon de médecins recrutés pour les focus groups soit raisonné, il ne peut pas être considéré comme représentatif. La recherche qualitative n'a pas comme objectif la représentativité. Par ailleurs il n'est pas possible d'établir de statistiques, de rechercher certaines corrélations ou facteurs explicatifs sur les simples entretiens collectifs. Certaines hypothèses de lien pourront être émises mais devront être testées au moyen de données quantitatives.

Cependant chercher à obtenir des chiffres et des statistiques sans avoir auparavant étudié le problème n'a pas de sens. C'est pourquoi le questionnaire a été créé à partir des données obtenues lors des focus groups. Ce procédé doit également permettre d'éviter de projeter un éventuel point de vue subjectif des chercheurs qui aurait pu se produire en cas de création de leur part de l'intégralité du questionnaire. Il existe donc ici une réelle complémentarité entre les approches qualitative et quantitative

### **2.2 Objectifs du questionnaire**

Objectif principal : Evaluer l'importance accordée par les médecins généralistes français aux différents problèmes éthiques soulevés par l'introduction du paiement à la performance.

Objectif secondaire : Repérer les déterminants pouvant expliquer les différences.

### **2.3 Choix du questionnaire électronique**

Le choix s'est rapidement porté par un envoi par mail du questionnaire et ce pour plusieurs raisons. Celles-ci ont tout d'abord été d'ordre pragmatique, avec tout d'abord la facilité d'un tel envoi à plusieurs milliers de médecins, son absence de

cout financier et surtout, une base de données exploitable immédiatement lors de la réception des réponses.

Une des limites classiquement décrite à ce type d'enquêtes est le taux de réponse, généralement inférieur aux enquêtes papier. (56)

Cependant la balance avantages/inconvénients a été jugée favorable.

#### 2.4 Choix de l'échantillon

Le seul critère d'inclusion retenu a été d'être médecin généraliste exerçant en France.

Le questionnaire s'adresse aussi bien aux médecins étant en capacité de signer un CAPI (installés, suivant un nombre suffisant de patients âgés, diabétiques et hypertendus) qu'à ceux ne pouvant pas signer à l'heure actuelle (remplaçants, file active de patients suivi insuffisante...). L'opinion de ces derniers nous a semblé également importante car il s'agit le plus souvent de jeunes médecins qui seront pour la plupart en capacité de signer un tel contrat dans les années à venir. Il a été prévu de pouvoir les identifier spécifiquement pour rechercher d'éventuelles différences dans leurs réponses.

#### 2.5 Déterminants sociaux recueillis

Les déterminants habituels tel que l'âge, le genre, le lieu d'installation, le mode d'exercice (individuel ou en groupe) et l'année d'installation ont été recueilli car considérés comme des facteurs explicatifs habituels dans les enquêtes d'opinion. (55)

Nous avons également souhaité savoir si les médecins participaient régulièrement à séances de formation médicale continue ainsi qu'à des groupes d'échanges de pratiques. Nous avons aussi cherché s'ils étaient investis d'une fonction d'enseignement en étant maître de stage (accueil d'un interne ou d'un externe). Enfin la question qui semble à priori la plus discriminante vis-à-vis des réponses attendues est le fait d'avoir signé ou pas un CAPI à titre personnel.

Comme expliqué précédemment, les médecins n'ayant pas signé ce contrat ont été divisés en deux groupes : ceux qui ne pouvaient pas signer mais qui souhaitent le faire dès qu'ils en seront en capacité, et ceux qui ne souhaitent pas signer qu'ils en soient en capacité ou pas.

## 2.6 Rôle de la multidisciplinarité dans la fabrication des questions

Pour aborder une problématique telle que celle du paiement à la performance, une approche multidisciplinaire incluant la médecine, l'économie, la sociologie ou encore la philosophie apparaît garante d'un certain recul nécessaire. Après le travail d'entretiens qui avait été mené entre autre par une sociologue, quatre chercheurs (un médecin généraliste auteur du mémoire, un médecin de santé publique spécialiste en médecine légale dirigeant le mémoire et deux chercheurs à l'IRDES spécialistes de cette méthode de recherche) se sont ainsi réunis pour traduire les principales données des focus groups en questions.

Ce travail commun a permis de travailler sur l'objet des CAPI et du paiement à la performance selon différentes approches. Ainsi le regard épidémiologique initialement envisagé dans le cadre du projet Prospère a pu s'enrichir des questionnements éthiques qui font l'objet de ce mémoire. De même les questionnements éthiques pourront être confrontés aux données épidémiologiques.

## 2.7 Rédaction des questions

Les questions ont été rédigées de manière aussi neutre que possible, de manière à ne pas influencer les réponses.

Le choix s'est porté volontairement sur des questions majoritairement fermées. Les données qualitatives ayant déjà été obtenues lors des entretiens collectifs.

Seules trois questions permettaient d'entrer du texte libre.

Au sein des questions fermées deux sous catégories existent :

- L'une avec seulement 3 possibilités de réponse : oui, non, ne se prononce pas. L'objectif étant de savoir quelle proportion de médecin est d'accord avec une proposition et quelle proportion est en désaccord.  
Exemple de proposition: *Le patient doit être informé du fait que son médecin a signé un CAPI.*
- L'autre catégorie propose une échelle numérique allant de 1 à 5.  
En effet, le poids qui a été attribué à certaines tensions éthiques variait fortement d'un médecin à l'autre. Il nous apparaissait donc important de ne pas dichotomiser mais de quantifier l'adhésion à certaines tensions éthiques.

Exemple : *L'adhésion aux CAPI entraîne-t-elle un risque accru d'exclusion des patients les plus précaires ? (1 = pas du tout ... 5 = complètement)*

Il a semblé aux auteurs du questionnaire qu'il était plus pertinent d'utiliser ici une échelle numérique de valeur car une simple réponse oui/non risquait de faire perdre de l'information liée à la nuance des réponses. Ici par exemple une des modalités de réponse pourrait être « oui mais uniquement dans certaines situations » Cette réponse n'aurait pu s'exprimer avec une simple modalité oui non alors qu'elle pourra être approchée avec une échelle numérique.

Nous avons également porté une attention particulière à la formulation des tensions éthiques retrouvés dans les entretiens collectifs. Certaines d'entre elles pouvant souffrir de plusieurs interprétations ont été reformulés de manière uniformiser leur compréhension.

La notion de conflit d'intérêt a par exemple été explicitée dans une question :

*Pensez-vous que l'adhésion aux CAPI puisse aller dans le sens de l'apparition de nouveaux conflits entre l'intérêt financier du médecin et la prise en charge individuelle optimale du patient.*

Les chercheurs ont volontairement décidé que la taille du questionnaire ne devait pas dépasser trois pages et que le temps nécessaire pour y répondre soit assez court (moins de 10 minutes). L'objectif était double : augmenter le taux de réponses et améliorer la qualité des réponses.

## 2.8 Pré test

Un pré test a été effectué auprès de 8 médecins généralistes sur la version papier du questionnaire pour évaluer la compréhension des questions ainsi que le temps nécessaire pour répondre.

Ce test a permis de gagner en clarté en modifiant la rédaction de deux questions.

Le temps moyen pour répondre a été de 5 minutes et a donc permis de valider la longueur du questionnaire.

Un second test a été effectué cette fois par voie informatique auprès de 4 médecins généralistes pour s'assurer du bon fonctionnement du lien internet ainsi que pour tester la base de données. Ce test a permis de mettre en évidence un dysfonctionnement lié à une erreur de certificat sous Internet explorer. Ce problème a

été résolu en intégrant un nouveau certificat au module de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé). Il a également permis de vérifier qu'il était possible de répondre depuis un smartphone ce qui pourrait permettre d'augmenter le taux de réponses.

La version définitive du questionnaire est présentée en annexe (annexe 1)

## 2.9 Modalités d'envoi du questionnaire

Le choix initial a porté sur un envoi via la mailing liste de l'Ordre National des Médecins et ce pour deux raisons : d'une part parce qu'ils ont à leur disposition la quasi-totalité des adresses mail des médecins généralistes installés en France et d'autre part parce que le sujet semble être un de leurs centres d'intérêts actuels. Cependant cette voie a dû assez rapidement être modifiée devant une absence de réponse de leur part malgré de multiples sollicitations. Par ailleurs le fait que le sujet soit une de leurs préoccupations actuelles représente également un risque car l'hostilité affichée par l'Ordre à l'égard des CAPI pourrait modifier le profil des répondants en cas d'envoi de mail de leur part.

Pour cette même raison, mais cette fois dans le sens d'une apologie des CAPI, nous n'avons pas demandé à la CNAM de diffuser le questionnaire bien qu'elle possède aussi une grande quantité d'adresses mail de médecins.

Les pages jaunes proposent également une diffusion à un panel de médecins mais le prix du service est conséquent (1 600 euros pour 4 500 adresses mail) et ce panel n'est pas constitué au hasard donc pas représentatif.

Nous avons donc finalement opté pour une diffusion via la mailing list de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) qui possède 6 565 contacts.

Ce choix présente trois intérêts majeurs :

1/ La SFMG n'a pas pris de position officielle vis-à-vis des CAPI et ne risque donc pas de biaiser de ce fait les réponses.

2/ Avec l'IRDES et le CERMES, la SFMG est une des 3 structures fondatrices de l'équipe PROSPERE. Leur intérêt dans cette question de recherche est donc manifeste.

3/ Une partie des contacts appartient à un réseau de médecins investigateurs et il est donc possible de s'attendre à un taux de réponse élevé. Ce dernier point constitue également le principal biais de sélection des répondants, il est possible que, du fait

de leur appétence pour la recherche, une partie des répondants ne soient pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes français.

#### 2.10 Choix de la date d'envoi, modalités de relances.

Après un rapide sondage auprès de médecins généralistes, le jour de la semaine semblant la plus adapté pour envoyer le questionnaire a semblé être le mardi.

Le lundi est habituellement le jour le plus chargé car faisant suite au weekend end et donc peu propice pour répondre à un questionnaire. Les médecins sont souvent absent une journée par semaine du cabinet et cette journée est le mercredi pour environ la moitié d'entre eux et le jeudi pour l'autre moitié. Le vendredi ne leur paraissait pas non plus adapté car en fin de semaine et devait être déjà consacré en plus des consultations à régler tous les points urgents avant le weekend end.

Deux relances ont été proposées à une semaine chacune d'intervalle.

La lettre d'invitation à participer est présentée en annexe (annexe 3) ainsi que les propositions de relance (annexes 4 et 5).

La date retenue pour l'envoi a été le mardi 12 avril 2011 avec une première relance le 19 avril et une seconde le 26 avril. Ce schéma a permis qu'au moins un des trois envois ait lieu en dehors des périodes de vacances scolaires et ce, quel que soit la zone géographique.

La date de clôture fixée pour la réception des questionnaires a été le premier mai 2011.

#### 2.11 Analyse des données

Seuls les questionnaires dont l'ensemble des pages ont été remplies ont été considérés comme correctement remplis et analysés.

Une analyse descriptive a d'abord été effectuée, visant uniquement à explorer le profil des répondants, ainsi qu'une photographie des réponses. Ainsi, les pourcentages de oui, non, NSP (ne se prononcent pas) et les notes moyennes attribuées à chaque item ont été calculés.

Dans un second temps un des facteurs explicatifs, à savoir l'adhésion ou non au CAPI a été étudié. Pour cela nous avons comparé les réponses des signataires à celles des non signataires à l'aide d'un test de Khi 2 pour les réponses Oui/Non et à l'aide d'un test de comparaison de moyennes de Student lorsqu'il s'agissait de réponses numériques de 1 à 5.

Le logiciel utilisé pour ce faire a été Biostats TGV, accessible directement en ligne. L'ensemble des analyses menées dans le cadre du M2 ont l'ont été sur un modèle univarié, et le seul facteur explicatif analysé a été la signature ou pas d'un CAPI. D'autres analyses feront l'objet d'un travail ultérieur et auront pour objectif d'apporter de nouveaux éléments de compréhension et d'explication. Elles testeront différentes variables explicatives sur des modèles uni et multi variés. Enfin, 3 questions permettaient d'entrer du texte libre. L'analyse détaillée des réponses ne se fera pas dans le cadre du master 2 faute de temps, mais aura lieu dans le cadre d'un travail à venir.

### **3 Résultats**

#### **3.1 Description de l'échantillon**

Une invitation à répondre au questionnaire a été envoyée par mail aux 6 565 contacts dont dispose la SFMG.

Nous avons obtenu 1 214 réponses au questionnaire, soit un taux de réponse de 18,5%.

1 069 étaient correctement remplis et exploitables.

19 questionnaires n'ont pas été remplis par des médecins généralistes.

Le fait d'être médecin généraliste ayant été défini comme critère d'inclusion, l'ensemble des analyses portera uniquement sur les 1 050 questionnaires correctement remplis par des médecins généralistes.

Le sexe ratio était de 3/1 (784 hommes et 266 femmes)

L'âge moyen des répondants était de 53 ans (54 pour les hommes, 49 pour les femmes)

Les médecins installés l'étaient en moyenne depuis 1988, soit depuis 23 ans.

Ils exerçaient en zone urbaine pour 58% (611) et en zone rurale pour 37% (388), 5% (51) de n'ayant pas répondu à cette question.

90 % (943) étaient installés en secteur 1 contre 7 % (73) en secteur 2. Les 3% (32) restant étaient des médecins remplaçants.

La majorité (59%) des médecins interrogés travaillaient dans un cabinet de groupe contre 38% dans un cabinet individuel. (3% NSP)

43% (435) des médecins installés étaient également maître de stage.

Sur l'ensemble des médecins répondants, 91% (959) déclaraient participer régulièrement à des séances de formation médicale continue et 56% (585) à des groupes d'échanges de pratique (ou groupes de pairs).

#### **3.2 Taux d'adhésion au CAPI**

31% (323/1050) de l'ensemble des répondants avaient signé un CAPI.

Ce chiffre doit toutefois être ajusté car les médecins remplaçants et ceux installés depuis peu ou n'ayant pas une patientèle suffisamment importante n'étaient pas en capacité de signer ce type de contrat.

Or notre échantillon comportait 32 médecins remplaçants et 72 médecins n'ayant pas pu signer de CAPI.

Le taux de signature d'un CAPI chez les médecins en capacité de le faire était donc de 34% (323/946).

Nous pouvons également noter que parmi les médecins n'ayant pas la possibilité pour le moment de signer un CAPI, 31% (32/104) ont déclaré qu'ils auraient souhaité le faire s'ils l'avaient pu.

### 3.3 Analyse descriptive des réponses dans leur globalité.

#### 3.3.1 Les indicateurs sont-ils connus et permettent-ils une évaluation de la qualité ?

Les médecins devaient répondre à plusieurs questions sur une échelle de 1 à 5 : 1 signifiant pas du tout et 5 complètement. La moyenne étant de 3, il a globalement été considéré que lorsque le score moyen à une question était supérieur à 3 les répondants étaient plutôt d'accord avec la proposition et inversement, un score moyen inférieur à 3 témoignait d'un relatif désaccord.

Ainsi le score moyen obtenu à la première question, à savoir si les médecins connaissaient les indicateurs sélectionnés dans les CAPI, a été de 3,29 témoignant d'une connaissance légèrement supérieure à la moyenne des indicateurs.

A la seconde question d'ordre générale: pensez-vous que globalement les CAPI permettent d'évaluer la qualité des pratiques ? La note moyenne a été de 2,14 témoignant d'un relatif désaccord des médecins interrogés.

#### 3.3.2 Les CAPI ont-ils été décrits par l'ensemble des répondants comme étant à l'origine de certaines tensions éthiques ?

Selon l'ensemble des médecins interrogés, l'adhésion au CAPI est plutôt en faveur de :

- L'apparition de nouveaux conflits entre l'intérêt financier du médecin et la prise en charge individuelle optimale du patient : 3,76

- Une diminution de l'autonomie des médecins en termes de prescriptions et de décisions : 3,64
- Un plus grand dirigisme du médecin dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats aux indicateurs : 3,61
- Un risque accru de sélection des patients les plus observants : 3,35

La proposition stipulant qu'il existerait un risque accru d'exclusion des patients les plus précaires a obtenu 3,00.

Selon les médecins interrogés, les CAPI n'auraient plutôt pas tendance à entraîner

- Une diminution de confiance du patient envers son médecin : 2,65
- Ni une diminution de l'autonomie des patients : 2,55

54% (571) des médecins interrogés ont considéré que les CAPI pouvaient être interprétés par les patients comme un manquement des médecins à l'éthique professionnelle. (19% non, 26% NSP)

Malgré ce risque, 62% (650) ont estimé que les patients devaient être informés du fait que leur médecin traitant ait signé un CAPI. (16% non, 22% NSP)

### 3.3.3 Opinion des médecins quant à la rémunération.

Les CAPI traduisent financièrement la qualité du travail des médecins pour uniquement 14% (143) des médecins interrogés, 59% (619) étaient en désaccord avec cette proposition, 27% (288) ne se prononçaient pas.

Par ailleurs, payer les médecins à la performance revient selon 55% (574) des médecins interrogés à les assimiler à des salariés qui sont évalués en fonction d'objectifs quantifiés.

La majorité des répondants (52%, soit 545 médecins) n'a pas su se prononcer sur le fait que le montant relativement faible des CAPI minimisait les risques potentiels du paiement à la performance. 29% (301) estimaient tout de même que oui, 19% (204) que non.

Les médecins ayant répondu oui à cette dernière question jugeaient que ces risques étaient susceptibles d'apparaître à partir du moment où le paiement à la performance représentait plus de 24% du chiffre d'affaire des médecins. Cependant parmi ceux

qui avaient déjà signé un CAPI 40% déclaraient qu'ils continueraient d'adhérer même si ce pourcentage était atteint.

59%(623) des médecins interrogés ne pensaient pas que le paiement à la performance menace la place dominante du paiement à l'acte. 39%(411) le pensaient, 2%(16) ne se prononçaient pas.

### 3.4 Principales différences entre les signataires et les non signataires (annexe 6)

#### 3.4.1 Les indicateurs sont-ils connus et permettent-ils une évaluation de la qualité ?

Les médecins signataires déclaraient mieux connaître les indicateurs que les non signataires (4,10 contre 2,91 :  $p < 0,0001$ )

Ils pensaient également qu'ils étaient plus enclins à évaluer la qualité des pratiques sans toutefois qu'aucun des groupes n'ait attribué la moyenne à cet item. (2,76 contre 1,83 :  $p < 0,0001$ )

#### 3.4.2 Différences observées sur les questions évaluées par des échelles numériques de 1 à 5 concernant les tensions éthiques induites par les CAPI.

Les médecins non signataires attribuaient un poids plus important à l'ensemble des risques de dérives évoqués dans le questionnaire. (Figure 1)

Ainsi ils attribuaient une note moyenne de 4,34 au risque d'apparition de nouveaux conflits entre l'intérêt financier du médecin et la prise en charge individuelle optimale du patient contre 2,54 pour les signataires ( $p < 0,0001$ )

De même, le risque d'une diminution de l'autonomie des médecins en termes de prescriptions et de décisions se voyait attribuer la note de 4,06 par les non signataires et de 2,73 par les signataires ( $p < 0,0001$ )

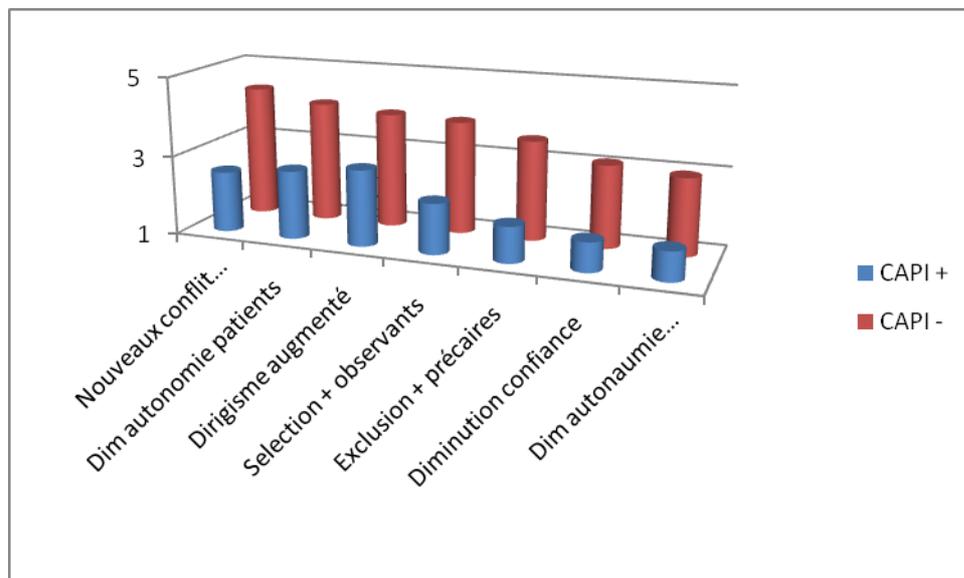
Celui d'un plus grand dirigisme du médecin dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats aux indicateurs 3,92 pour les non signataires contre 2,93 pour les signataires ( $p < 0,0001$ )

Les médecins non signataires évaluaient à 3,86 le risque accru de sélection des patients les plus observants contre 2,28 pour les signataires. ( $p < 0,0001$ )

Ils estimaient également qu'il y avait un risque accru d'exclusion des patients les plus précaires (3,53 contre 1,91  $p < 0,0001$ ) et d'une diminution de confiance du patient envers son médecin. (3,09 contre 1,74  $p < 0,0001$ )

Enfin il existait aussi une différence significative quant au risque de diminution de l'autonomie des patients sans qu'aucun des deux groupes n'ait attribué la moyenne à cet item (2,95 contre 1,74  $p < 0,0001$ )

Figure 1 : Notes attribuées de 1 à 5 aux potentielles tensions éthiques induites par les CAPI



### 3.4.3 Principales différences d'opinions observées au cours des questions fermées de type oui/non (figure 2 et annexe 7)

89% des médecins non signataires considéraient que les CAPI pouvaient être interprétés par les patients comme un manquement des médecins à leur éthique professionnelle, contre 35 % chez les signataires ( $p < 0,0001$ ).

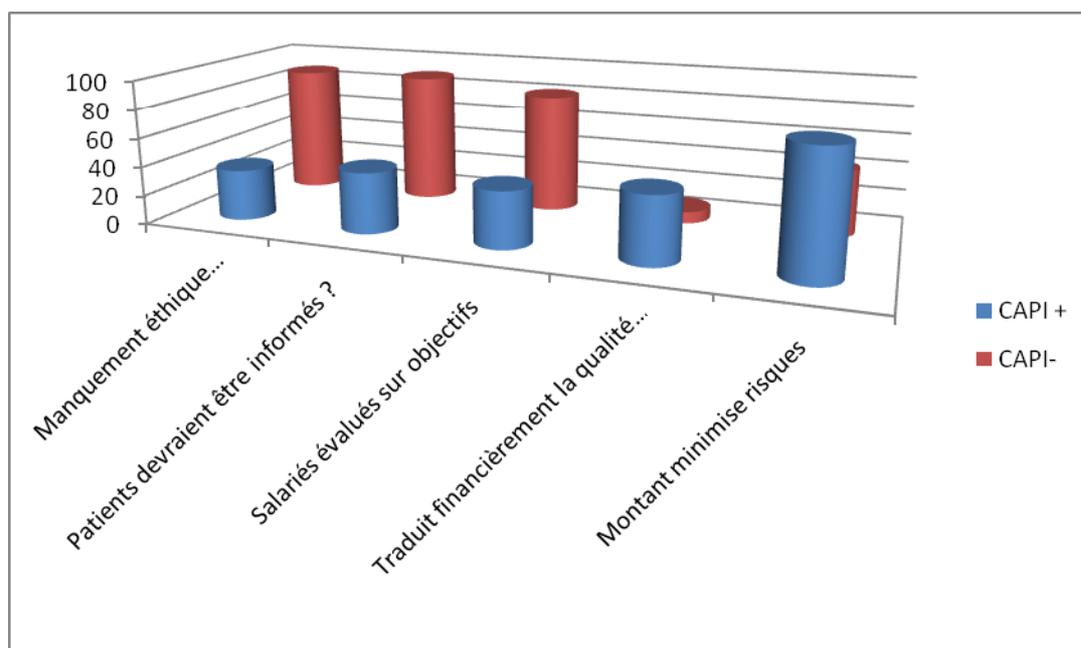
La rémunération liée au CAPI traduit financièrement la qualité du travail des médecins pour 46% des médecins signataires et pour seulement 8% des non signataires ( $p < 0,0001$ ).

Ces derniers estimaient pour 82% que payer les médecins à la performance revient à les assimiler à des salariés qui sont évalués en fonction d'objectifs quantifiés, alors que seulement 39% des signataires le pensaient ( $p < 0,0001$ ).

Les médecins signataires jugeaient pour 84% que le montant relativement faible des CAPI par rapport au chiffre d'affaire des médecins minimisait les risques potentiels du paiement à la performance alors que seulement 45% des non signataires étaient d'accord avec cette proposition ( $p < 0,0001$ ).

Enfin les médecins non signataires estimaient à 90% que les patients devaient être informés du fait que leur médecin a signé un CAPI contre seulement 42% chez les signataires ( $p < 0,0001$ ).

Figure 2 : Taux d'adhésion des médecins signataires et non signataires aux différentes propositions.



### 3.5 Recherche de facteurs explicatifs.

Plusieurs facteurs explicatifs ont été recherchés, seuls deux liens statistiques ont pu être mis en évidence.

Le premier concerne la qualité des relations avec la CNAM. En effet, lors du travail qualitatif préalable, il apparaissait que l'opinion portée par les médecins sur la CNAM était en partie responsable du fait qu'ils aient (ou pas) signé un CAPI. Cependant

une telle conclusion ne pouvait pas être généralisée du fait de la méthode et du faible échantillon.

Une recherche de corrélation statistique entre le fait d'avoir signé un CAPI et la qualité de la relation avec la CNAM a été effectuée ici par l'intermédiaire d'un test de comparaison des moyennes de Student. Il ressort une opinion moyenne à 3,48 chez les signataires et 3,18 chez les non signataires.  $p < 0,0001$  avec un intervalle de confiance à 95% de [-0.4254476 ; -0.1855983]. On retrouve donc bien une différence significative entre les deux groupes.

Les deux groupes ont ensuite été comparés sur des critères socio-démographiques habituels.

Un seul point ressortait comme significativement différent entre les deux : les médecins non signataires déclaraient plus fréquemment participer régulièrement à des séances de formation médicale continue (93%) que les médecins signataires (88%)  $p=0,0125$ .

### 3.6 Principales similitudes entre les médecins signataires et non signataires

#### 3.6.1 Profil des répondants dans les deux groupes

Les deux groupes, signataires et non signataires, ne différaient pas significativement sur des critères d'âge, d'année d'installation, de sexe ratio, d'installation en cabinet de groupe ou individuel, en secteur 1 ou 2, en milieu urbain ou rural.

Le taux de médecin maitres de stage et participant à des groupes d'échanges de pratique n'était pas non plus significativement différent dans les deux groupes.

#### 3.6.2 Seul point de consensus retrouvé dans le questionnaire.

Le seul point qui n'est pas ressorti comme significativement différent entre les deux groupes était l'éventuelle modification des pratiques induite par les CAPI.

La question a été formulée légèrement différemment aux signataires et aux non signataires pour correspondre au mieux à la réalité mais les réponses ont été très proches.

Ainsi, à la question : globalement les CAPI ont-ils modifié votre pratique médicale ? Les médecins signataires ont répondu non à 64% (208/323) et oui à 36 % (115/323).

A la question : l'adhésion au CAPI est-elle selon vous susceptible de modifier votre pratique médicale ? Les médecins non signataires ont répondu non à 67% (490/727) et oui à 33% (237/727). Le test de chi 2 réalisé retrouve un  $p=0,38$  et donc une absence de différence significative.

## **4 Discussion**

### **4.1 Représentativité de l'échantillon**

Sur plusieurs points notre échantillon peut être considéré comme représentatif des médecins généralistes à l'échelon national. En effet l'âge moyen de notre échantillon était de 53 ans et il était composé à 33% de femmes contre 52 ans de moyenne d'âge et 30,2 % de femmes au niveau national. (57)

90% étaient installés en secteur 1 et 59% travaillaient en groupe contre respectivement 89% et 54% sur l'ensemble de la France. (7)

Enfin, notre échantillon comportait 31% de médecins ayant signé un CAPI pour un taux de signataires en France d'environ 33% (33)

Cependant notre échantillon différait des données nationales sur un point : les médecins répondant étaient beaucoup plus impliqués dans l'enseignement avec 43% de maitres de stage contre 8,2% au niveau national. (58)

De même, bien qu'il n'y ait pas de données de références françaises concernant la participation aux groupes d'échanges de pratique (ou groupes de pairs) ni en ce qui concerne la formation médicale continue, il semble que notre échantillon ait inclus des médecins particulièrement investis dans ces domaines.

Ces chiffres sont parfaitement expliqués par le mode de recrutement qui, en ayant utilisé la base de donnée d'une société savante de médecine générale, a recruté préférentiellement des médecins investis dans les champs de l'enseignement et de la formation continue.

### **4.2 Des résultats dans l'ensemble cohérents**

Ce travail de recherche quantitatif a permis d'une part, de hiérarchiser les différentes problématiques d'ordre éthique en attribuant à chacune un poids relatif et, d'autre part, de mettre en évidence de nombreuses différences d'appréciation de ces tensions en fonction du statut de signataire ou de non signataire.

#### **4.2.1 Hiérarchisation des problématiques éthiques.**

Le travail de recherche qualitatif mené l'an dernier avait permis d'identifier l'ensemble des tensions éthiques induites par l'introduction du paiement à la performance en France. Cependant, du fait de la méthode et du faible échantillon étudié il était alors impossible d'évaluer le poids relatif des différents points soulevés. Ce travail a donc permis de différencier les tensions éthiques qui paraissent être de premier ordre pour les médecins interrogés comme l'apparition de nouveaux conflits d'intérêts, une diminution de l'autonomie des médecins ou encore un risque de dirigisme accru ; de celles qui ne semblent pas représenter à leurs yeux aujourd'hui un risque majeur : diminution de l'autonomie des patients ou encore diminution de la confiance accordée par les patients à leurs médecins traitants.

Les médecins signataires et non signataires étaient, à peu de choses près d'accord quant à la hiérarchie des tensions éthiques induites par les CAPI. Cependant bien que l'ordre du classement des problèmes éthiques soit proche, les notes attribuées diffèrent significativement.

#### 4.2.2 Différences d'appréciation des tensions en fonction du statut de signataire ou de non signataire.

Les médecins non signataires attribuaient un poids plus important à l'ensemble des risques de dérives évoqués dans le questionnaire et ce, de manière statistiquement significative pour chaque item.

Ce résultat n'est pas surprenant en soi et témoigne d'une certaine logique, la majorité des médecins signataires assumant leur choix et n'avaient (ou ne déclaraient) pas avoir été à l'encontre de principes éthiques au moment de la signature. Une question peut d'ailleurs se poser: le fait d'avoir répondu oui à la question « à titre personnel avez-vous signé un CAPI » n'a-t-il pas engendré une forme d'obligation à nier les propositions mentionnant des risques de dérives d'ordre éthique ? Il semble en effet difficile pour un médecin de déclarer à la fois avoir signé un contrat et en même temps que ce même contrat puisse comporter certains dangers.

Ainsi les notes attribuées par les signataires sont peut être le reflet d'un mélange entre une réelle conviction du peu de risques que comportent ces contrats et d'une forme de « contrainte logique » de ne pas critiquer ce à quoi ils ont adhéré.

Quoi qu'il en soit, ce travail a permis d'aller au-delà d'une simple confirmation d'une appréhension des risques plus importante chez les non signataires. En effet ce résultat, somme toute cohérent, a pu être quantifié et les différences observées entre les deux groupes ont été majeures.

Ainsi 9 non signataires sur 10 estimaient que les CAPI pouvaient être interprétés par les patients comme un manquement des médecins à leur éthique professionnelle contre seulement 1 sur 3 parmi les signataires.

De même aucun des items évalués sur 5 n'a obtenu la moyenne parmi les signataires alors qu'ils l'ont tous obtenus sauf un chez les non signataires.

La différence observée entre les réponses des deux groupes a toujours obtenu un degré de significativité  $p$  inférieur à 0,0001 soit très significatif.

Au total, les réponses des deux groupes ont été cohérentes par rapport à la position adoptée vis-à-vis du CAPI. Une dichotomie très nette est apparue sur l'ensemble des questions ayant trait à l'éthique et aux risques inhérents au paiement à la performance.

#### 4.3 Un résultat inattendu

Si, comme décrit dans le paragraphe précédent, la plupart des réponses peuvent être considérées comme cohérentes, une a particulièrement retenu notre attention. En effet seul un médecin sur trois estimait que les CAPI étaient susceptibles de modifier les pratiques médicales. Hors l'objectif du paiement à la performance est de modifier les pratiques médicales pour les améliorer, ou tout du moins les rendre plus conformes aux recommandations.

Si la réponse des médecins non signataires peut se comprendre, celle des médecins signataires est plus étonnante. Pourquoi adhérer à un système de paiement à la performance, qui de surcroît est basé pour moitié sur l'amélioration des indicateurs d'une année sur l'autre, si ce n'est pas pour faire évoluer ses pratiques ?

A cela deux réponses peuvent être proposées :

-Leurs réponses témoignent peut être d'une tentative de rationalisation à posteriori de leurs choix d'adhérer justifiant le fait d'accepter une rémunération supplémentaire par l'absence d'effet de l'outil. Les médecins signataires ayant semblé lors des entretiens collectifs très confiants vis-à-vis de leurs pratiques, les CAPI ne

viendraient que récompenser la qualité de leurs pratiques sans qu'ils aient à la modifier. Il s'agirait alors d'un véritable « effet d'aubaine » mais l'objectif du paiement à la performance, à savoir permettre une amélioration des pratiques, serait difficile à atteindre dans une telle configuration.

-Une autre hypothèse avait également été formulée lors des entretiens préliminaires : même si les médecins n'en ont pas conscience, il existe un impact sur leur pratique lié au paiement à la performance, au même titre qu'il existe un impact lié aux visites des délégués médicaux des grandes firmes pharmaceutiques.

Ainsi bien que les médecins signataires et non signataires aient déclaré ne pas avoir été influencés par la mise en place du CAPI, il peut ne s'agir que d'une impression personnelle qui ne reflète pas formellement la réalité. Un suivi des résultats des indicateurs dans les années à venir pourra apporter un élément de réponse sur ce point.

#### 4.4 Une analyse statistique à approfondir

Les analyses ont été jusque-là de deux ordres : descriptives et comparatives.

Les analyses comparatives effectuées ne l'ont été pour le moment qu'aux moyens de tests de Student et de Chi 2. D'autres analyses sont nécessaires. Il faudra tout d'abord analyser pour chaque variable la distribution des réponses. Une analyse factorielle à la recherche d'une colinéarité pour dégager les différents axes des réponses sera également effectuée. Puis, nous effectuerons une analyse par correspondances multiples.

Par ailleurs plusieurs explorations sont également prévues avec en particulier la recherche des déterminants pouvant expliquer la position des signataires ayant déclaré ressentir de fortes tensions éthiques émergeant du CAPI et leurs pendants, à savoir les non signataires ne considérant pas que le paiement à la performance soit à l'origine de problèmes d'ordre éthique.

Enfin, des analyses plus poussées sont envisagées pour savoir s'il est possible d'envisager que l'adhésion au CAPI constitue une nouvelle variable indépendante.

Il semble en effet à première vue que les médecins signataires et non signataires ne diffèrent pas sur les variables explicatives habituelles comme l'âge, le genre, la zone et le secteur d'installation. Il existe peut-être une segmentation de la profession non mise à jour jusqu'ici et dont le CAPI serait le révélateur. Cette hypothèse, avant

d'être réellement testée au cours de travaux ultérieurs devra reposer sur une analyse statistique plus approfondie avec en particulier des analyses multivariées.

#### 4.5 Une analyse à venir du texte libre

Trois questions du questionnaire font appel à une réponse sous forme de texte libre. Ces questions ont concerné deux domaines :

- les modifications des pratiques induites par la signature des CAPI (ou susceptible d'être induites pour les non signataires)
- la menace que peut engendrer le paiement à la performance vis-à-vis du paiement à l'acte.

Plus de la moitié des répondants (soit plus de 500) ont rempli ces cases avec parfois des commentaires très détaillés. Une analyse qualitative approfondie est en cours et servira de support au mémoire de DES de médecine générale d'une interne actuellement en 4eme semestre à l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

#### 4.6 Une ouverture vers les concepts de motivation interne et motivation externe

L'ensemble du travail réalisé en master 1 et 2 a permis d'approcher ces concepts en prenant appui sur le débat théorique concernant l'efficacité comparée des incitatifs monétaires et non monétaires à changer le comportement des groupes ciblés. Sans revenir sur l'abondante littérature qui s'y rapporte issue du champ de la psychologie sociale, du management ou de l'économie (59) nos résultats permettent d'illustrer sous quelles conditions, motivations externes et motivations internes peuvent s'avérer agonistes ou antagonistes.

Pour les médecins adhérents, la récompense financière faible ne fait que traduire « symboliquement » la reconnaissance de leur « savoir-faire » et les deux motivations opèrent alors en se renforçant. Dans ce cas, leurs intérêts et ceux de la CNAM promoteur du CAPI sont compatibles du fait que le niveau de la rémunération ne remet pas en cause l'autonomie des médecins ni le paiement à l'acte. Cet effet agoniste (ou incluant) n'est pas automatique car il dépend du niveau de l'incitatif financier lié au CAPI : c'est sa modération qui les incite à y adhérer. En effet dès lors

que le niveau de la récompense financière augmenterait au-delà d'un quart de leur chiffre d'affaire ils y verraient un autre objectif jugé par eux menaçant : diminuer l'importance relative du paiement à l'acte, pouvant alors remettre en cause leur participation. Dans ce cas, la motivation externe devient antagoniste et excluante (pour reprendre le terme anglo saxon de carving out) de la valorisation symbolique d'où leur non-participation traduisant une transformation de leur appréciation du promoteur.

Lors des entretiens préliminaires, le groupe non adhérent a estimé d'emblée que les objectifs poursuivis par la sécurité sociale aux travers des CAPI et ceux des médecins étaient fondamentalement en opposition. Ceci s'est traduit par une méfiance radicale vis à vis de l'outil CAPI corroborée par les notes élevées qu'ils ont attribuées aux tensions éthiques induites par le CAPI dans le questionnaire. Le fait qu'il faille les payer pour qu'ils aient une pratique de qualité traduit selon eux les doutes de l'assurance maladie sur la capacité de leur seule motivation interne à générer de bonnes pratiques et renforcer leur attitude de retrait. Et alors que le faible niveau de la rémunération du CAPI était considéré positivement par les médecins adhérents, il est interprété par les non adhérents de façon négative car témoin du faible degré sur l'échelle sociale des généralistes donc justifiant encore plus leur non-participation. Au total, leur motivation interne (qui existe) est « antagonisée » par l'incitatif financier (ou plutôt par l'image que ces médecins s'en font). La seule manière de gagner leur assentiment consisterait donc à modifier l'image qu'ils ont de l'assurance maladie.

Ce dernier point invite donc à une ultime réflexion sur la possibilité d'usage d'outils alternatifs de régulation de l'activité des médecins généralistes et susceptibles d'améliorer la qualité de leur pratique. A partir de nos résultats et se fondant sur les travaux empiriques montrant la capacité des « incitations non monétaires » à changer le comportement des professionnels de santé (60), l'AM pourrait réfléchir à l'intérêt qu'il y aurait à coupler ce type d'incitation à celle qu'elle promeut aux travers du CAPI.

#### 4.7 Un acteur oublié dans une question d'actualité ?

La question du mode de rémunération des médecins généralistes fait actuellement débat, et bien qu'aucune décision n'ait à ce jour été prise, une tendance à vouloir faire entrer le paiement à la performance dans la convention collective semble exister (61). Il semble donc particulièrement opportun d'enrichir la réflexion sur ce sujet. Si elle a tout d'abord été menée à la lumière des expériences les plus avancées réalisées à l'étranger, elle s'est ensuite construite en interrogeant directement les médecins généralistes français, dans un premier temps en nombre restreint avec des questions ouvertes puis dans un second temps avec un échantillon de plus de 1 000 médecins avec des questions essentiellement fermées. Si l'analyse en cours de leurs réponses amène déjà de multiples pistes de réflexion, elle ne permet cependant pas d'obtenir un regard essentiel sur le système de soins, à savoir celui du patient. Ce point de vue, probablement difficile à appréhender avec justesse, serait sans doute complémentaire avec ceux déjà obtenus et pourrait faire l'objet d'un travail à venir.

## **5/ Conclusion**

L'entrée dans un mode de paiement dit à la performance, modifie le contexte dans lequel s'effectue la relation singulière entre un médecin et son patient.

En modifiant la loi et le mode de rémunération des médecins, les institutions ont, dans un objectif de santé publique, pris le risque d'une modification du regard porté par les patients sur les médecins généralistes.

Paul Ricoeur a lui-même défini l'éthique comme la visée d'une vie bonne pour soi et pour autrui dans des institutions justes. (62)

Ce travail interroge donc la justesse de ce mode de rémunération et les conséquences qui en résultent.

Plusieurs travaux anglo-saxons s'étaient déjà interrogés sur les tensions éthiques soulevées par le paiement à la performance. Cependant aucun travail n'a, à notre connaissance été mené dans le contexte actuel français auprès des médecins généralistes eux-mêmes.

Après avoir fait ressortir plusieurs points de tension éthique dont certains spécifiques au modèle français comme la non information des patients, ce travail avait pour objectif d'attribuer un poids relatif aux différentes tensions éthiques identifiées. Bien que le travail d'analyse ne soit pas encore terminé, il semble que l'apparition de nouveaux conflits d'intérêts, la diminution de l'autonomie des médecins ou encore le risque de dirigisme accru constituent des points de tension majeurs aux yeux des médecins interrogés alors que le risque de diminution de l'autonomie des patients ou de diminution de la confiance accordée par les patients à leurs médecins traitants n'apparaissent pas au premier plan.

Les conflits d'intérêts, qui arrivent en tête des risques de dérive évoqués par les médecins, apparaissent comme en partie inhérent au système, mais aussi, fortement dépendant des indicateurs utilisés. Une implication des médecins généralistes dans leur conception a été sollicitée pour veiller à ce que les objectifs de ces indicateurs ne s'éloignent pas des valeurs du soin pour aller uniquement vers celles de l'économie.

## **Bibliographie**

- 1: Guthrie B, McLean G, Sutton M. Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract. Br J Gen Pract. 2006 Nov;56(532):836-841.
- 2: Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Lancet. 2008 Aoû 30;372(9640):728-736.
- 3: Baker G, Delbanco S. Pay for performance: National Perspective. 2006 Longitudinal Survey Results with 2007 Market Updates. (2007). Presentation at the 3rd National P4P Summit. Los Angeles, 27-29<sup>th</sup> February 2008
- 4: NCQHC - National Committee for Quality Health Care. CEO survival guide to pay for performance. (2006). NCQHC.
- 5: 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.
- 6: Le quotidien du médecin.2009 Dec 11;8676: 3.
- 7 : Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. 2010 sep ;157:6p.
- 8: Les CAPI bouleversent la médecine libérale | Medecinews [Internet]. [cité 2010 Jan 4]; lien internet: <http://www.medecinews.com/3552/les-capi-bouleversent-la-medecine-liberale.html>
- 9 : COMPACQ. Rapport sur la rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français: état des lieux et perspectives. Juil 2008, 36p.

10: Schoen C, Anthony Shih SG, Lau J, Kasimow S, Gauthier A, Davis K. Bending the curve: options for achieving savings and improving value in US health spending. (2007). Commonwealth Fund.

11: Pétition CSMF [Internet]. [cité 2010 Jan 4];lien internet:  
[http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2009/Petition\\_CSMF.pdf](http://www.csmf.org/upload/File/Circulaires/2009/Petition_CSMF.pdf)

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

13 : Sen A. L'économie est une science morale. Paris: La Découverte/Poche; 2003.

14: Avis du CCNE 101. Santé, éthique et argent: les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier 2007-06-28.

15: Saint-Lary O, Plu I. 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 Université Paris Descartes. 2010, 60 p.

16: Herpin D, Mourad JJ, Postel-Vinay N, Pannier B, Vaïsse B, Girerd X pour le Comité français de lutte contre l'hypertension artérielle. Number and use of home blood pressure devices in France in 2004 and 2006 (FLAHS 2006). Arch Mal Coeur Vaiss 2007;100:620-4.

17 : Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N , Fender P, Allemand H et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. Données nationales 2000. Revue médicale de l'assurance maladie 2003;34:75-84.

18: Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La revue du praticien médecine générale 2003;601:155-60.

19: Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. JAMA. 1998 Nov 18;280(19):1708-1714.

- 20: Rochaix L, Jacobzone S. L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. *Economie et Prévision* 1997 ;129-130:25-36.
- 21 : Delattre E, Dormont E. La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux ? *Etudes sur les dépenses de santé. Dossiers solidarité et santé* 2005 ;1:135-161.
- 22: *Le quotidien du médecin*. 2008 Mar 11;8329: 3.
- 23: Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ*. 2009 ;338b1870.
- 24: Shojania KG et al. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*. 2006 Jul 26;296(4):427-40.
- 25: O'Connor PJ et al. Variation in quality of diabetes care at the levels of patient, physician, and clinic. *Prev Chronic Dis*. 2008 Jan;5(1):A15.
- 26: Tuerk PW, Mueller M, Egede LE. Estimating physician effects on glycemic control in the treatment of diabetes: methods, effects sizes, and implications for treatment policy. *Diabetes Care*., 2008 May;31(5):869-73.
- 27: Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011;342:d108.
- 28: Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev* 2006;63:135-57.
- 29: Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care?. *Ann. Intern. Med*. 2006;145:265-72.
- 30: Young GJ, Burgess JF, White B. Pioneering pay-for-quality: Lessons from the rewarding results demonstration. *Health Care Financing Review*, Fall 2007;29(1):59-63

- 31: Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med* 2007;22:872-6.
- 32: Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual Prim Care*. 2010;18(2):117-125.
- 33: Polton D, Aubert J M. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, aboutissement ou nouveau départ pour la gestion des soins ? La lettre du collègue des économistes de la santé. 2010 sep;3:5-7.
- 34 : Prescrire rédaction. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles. *Rev Prescrire* 2010 ;30(325) :854-856.
- 35: Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res*. 2003 Avr;38(2):535-552.
- 36: Karve AM, Ou F, Lytle BL, Peterson ED. Potential unintended financial consequences of pay-for-performance on the quality of care for minority patients. *Am Heart J*. 2008 Mar;155(3):571-576.
- 37 : Chauvel N, Le Vaillant M. Les contrats d'amélioration des pratiques (CAPI) en médecine générale: analyse de la variabilité entre praticiens selon un des indicateurs relatif au diabète. Mémoire de Master 2 : recherche modélisation en pharmacologie clinique et épidémiologie. Université de Rennes. 2009.
- 38: Scott A, Shiell A, King M. Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Soc Sci Med*. 1996 Jan;42(1):35-46.
- 39: Hofer TP, Hayward RA, Greenfield S, Wagner EH, Kaplan SH, Manning WG. The unreliability of individual physician "report cards" for assessing the costs and quality of care of a chronic disease. *JAMA*. 1999 Jun 9;281(22):2098-105.
- 40: Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*. 2008 août 30;372(9640):728-736.

- 41: Slowther A., Ford S., Schofield T. (2004). Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. *J Med Ethics*, 30 (2) : 151-155.
- 42: Kearney PM, Blackwell L, Collins R, Keech A, Simes J, Peto R, et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*. 2008 Jan 12;371(9607):117-125.
- 43: Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell JM, Hadley J. Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Arch. Intern. Med.* 2000 Mar 13;160(5):649-657.
- 44: McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med*. 2009 Avr;7(2):121-127.
- 45: Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann. Intern. Med.* 2007 Déc 4;147(11):792-794.
- 46: Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Avr;26(2):492-499.
- 47: Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ*. 2007 nov 24;335(7629):1075-1076.
- 48: Heath I, Rubinstein A, Stange KC, Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ*. 2009;338(apr02 1):b1242-b1242.
- 49: Référentiel métier: médecine générale. 2009.
- 50: Deci E, Ryan R. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
- 51: Deci E, Koestner R, Ryan R. A meta analytic review of experiments examining the effects on extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull* 1999;125:627-88.
- 52: Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. *Qual Saf Health Care* 2005;14:4-5.

- 53: McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ*. 2007 Jun 30;334(7608):1357.
- 54: 106: Morgan D.L. Focus Group as Qualitative Research. Londres, Sage, 1997.
- 55: De Singly F. L'enquête et ses méthodes. Le questionnaire. 2 ème édition refondue. Armand colin. 2005.
- 56: Ardalan A, Ardalan R, Coppage S, & Crouch W. A comparison of student feedback obtained through paper-based and web-based surveys of faculty teaching. *British Journal of Educational Technology*. 2007;38(6), 1085-1101.
- 57: Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2010. Rapport de la DRESS. 2011 fevr ;152:138p.
- 58 : SNEMG. Communiqué de presse du 11 juin 2010. [Internet]. [cité 2011 Mai 24]; lien internet : [http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Communique de Presse SNEMG du 11 juin 2010 sur le nombre d enseignants de MG.pdf](http://www.snemg.fr/IMG/pdf/Communique_de_Presse_SNEMG_du_11_juin_2010_sur_le_nombre_d_enseignants_de_MG.pdf)
- 59: Janus K. Managing motivations among health care professionals. *Advance in health care management*. 2010;9:47-77.
- 60: Mechanic D. Physicien discontent : challenges and opportunities. *JAMA*. 2003; 290(7): 941-946.
- 61 : Paiement à la performance : la CNAM enquête à l'étranger. *Le quotidien du médecin*. 2011 mai 19;8966 :3.
- 62 : Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Editions Le Seuil, 1990.

## Annexe 1: Les 15 indicateurs actuels du CAPI

- 1- Grippe. Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans vaccinés / nombre de patients MT de plus de 65 ans.
- 2- Cancer du sein. Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein/nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans).
- 3- Vasodilatateurs. Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités / nombre de patients MT de plus de 65 ans. (objectif = diminution)
- 4- Benzodiazépines à demi-vie longue. Nombre de patients MT de plus de 65 ans traités / nombre de patients MT de plus de 65 ans. (objectif = diminution)
- Diabète. Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/nombre de patients diabétiques MT.  
55 % 65 %
- 5- Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'oeil) par an/nombre de patients diabétiques MT.
- 6- Nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines/nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs.
- 7- Nombre de patients diabétiques (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/nombre de patients diabétiques MT (hommes plus de 50 ans, femmes plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines.
- 8- HTA. Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels inférieur à 140/90.
- 9- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes).
- 10- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/prescription d'IPP (en nb de boîtes).
- 11- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/prescription de statines (en nb de boîtes).
- 12- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes).
- 13- Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/prescription d'antidépresseurs (en nb de boîtes).
- 14- Prescription d'IEC (en nb de boîtes)/prescription d'IEC + Sartans (en nb de boîtes).
- 15- Nb de patients MT traités par aspirine à faible dosage/nb de patients traités par antiagrégants plaquettaires.

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

## Annexe 2 : Le questionnaire

### Etude P4P France

Enquête nationale sur l'introduction du paiement dit "à la performance" en France par l'intermédiaire des CAPI (contrats d'amélioration des pratiques individuelles)

#### Caractéristiques des répondants

0	<b>*Quelle est votre profession ?</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	Autre: <input type="text"/>
1	<b>*Sexe:</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	
2	<b>*Année de naissance</b>	<input type="text"/>	
3	<b>Année d'installation (format aaaa)</b>	<input type="text"/>	
4	<b>*Secteur d'activité (1 ou 2, NB 0 = remplaçant)</b>	<input type="text"/>	
5	<b>Quel est votre mode d'exercice ?</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	
6	<b>Quel est votre lieu d'exercice ?</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	
7	<b>*Participez vous régulièrement à des séances de FMC (formation médicale continue) ?</b>	<input type="text"/>	
8	<b>*Participez vous à des groupes d'échange de pratiques ou des groupes de pairs ?</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	
9	<b>*Etes vous Enseignant Clinicien Ambulatoire (=maitre de stage pour interne ou externe) ?</b>	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>	

#### Connaissance et adhésion

10	<b>A propos des CAPI : échelle allant de 1 (pas du tout)... à 5 (complètement)</b>	Connaissez-vous les indicateurs sélectionnés dans le CAPI ?	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>
		Pensez-vous que globalement ils permettent d'évaluer la qualité des pratiques ?	<input type="text" value="Veillez choisir.."/>

11 **\* A titre personnel, avez vous signé un CAPI ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Oui'

12 **\* Globalement les CAPI ont-ils modifié votre pratique médicale ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Oui' *ET*  
-à la question '12 oui', vous avez répondu = 'Oui'

13 **Pouvez-vous donner 2 exemples ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Non'

12 **Aviez vous la possibilité de signer un CAPI (installé, nombre de patients suivis diabétiques et hypertendus suffisant...)?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '12 non', vous avez répondu = 'Non'

13 **\* Si vous aviez la possibilité de signer ce contrat, le feriez vous ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Non'

14 **\* L'adhésion au CAPI est-elle selon vous susceptible de modifier votre pratique médicale ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Non'

15 **Pourquoi ?**



## Ethique

16	<p><b>Globalement diriez-vous que l'adhésion aux CAPI peut aller dans le sens (échelle de 1 pas du tout,....., 5 complètement)</b></p>	<p>D'une diminution de confiance du patient envers son médecin.</p> <p>D'une diminution de l'autonomie des patients.</p> <p>D'un plus grand dirigisme du médecin dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats aux indicateurs.</p> <p>D'une diminution de l'autonomie des médecins en termes de prescriptions et de décisions</p> <p>D'un risque accru de sélection des patients les plus observants</p> <p>D'un risque accru d'exclusion des patients les plus précaires</p> <p>De l'apparition de nouveaux conflits entre l'intérêt financier du médecin et la prise en charge individuelle optimale du patient</p>	<p>Veillez choisir..</p>
17	<p><b>*Etes-vous d'accord ou en désaccord avec les propositions suivantes ?</b></p>	<p>Le patient doit être informé du fait que son médecin a signé un CAPI</p> <p>La rémunération liée au CAPI traduit financièrement la qualité du travail des médecins</p> <p>Les CAPI peuvent être interprétés par les patients comme un manquement des médecins à l'éthique professionnelle (pour que les médecins travaillent bien, il faut les intéresser financièrement au résultat) ?</p> <p>Payer les médecins à la performance revient à les assimiler à des salariés qui sont évalués en fonction d'objectifs quantifiés</p>	<p>Veillez choisir..</p> <p>Veillez choisir..</p> <p>Veillez choisir..</p> <p>Veillez choisir..</p>
18	<p><b>*Le niveau de rémunération actuel des CAPI</b></p>	<p>Minimise les risques potentiels du paiement à la performance du fait de son montant relativement faible par rapport au chiffre d'affaire des médecins.</p>	<p>Veillez choisir..</p>

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '18', vous avez répondu = 'Oui'

19 **A partir de de quel seuil (en pourcentage de votre chiffre d'affaire) ces risques sont-ils susceptibles d'apparaître ?**

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Oui' *ET*  
-à la question '18', vous avez répondu = 'Oui'

20 **Si ce montant était atteint continueriez-vous à adhérer ?**

Veillez choisir..

### Rémunération et CNAM

21 **\*Pensez-vous que le paiement à la performance menace la place dominante du paiement à l'acte ?**

Veillez choisir..

22 **Pourquoi ?**

23 **\*Comment qualifieriez-vous vos relations habituelles avec les Caisses d'assurance maladie(de 1 :très mauvaises...à 5 très bonnes)**

Sans réponse

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Oui'

24 **\*Avez-vous eu un retour de la CNAM de vos indicateurs CAPI ?**

oui

Veillez choisir..

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Oui' *ET*  
-à la question '24 oui', vous avez répondu = 'Oui'

25 **\*Correspondent-ils aux chiffres que vous envisagiez ?**

oui

Veillez choisir..

[Répondre seulement à cette question si les conditions suivantes sont réunies :]  
-à la question '11', vous avez répondu = 'Non'

26

**\* Si à l'avenir les indicateurs étaient construits en collaboration avec les médecins généralistes seriez-vous plus enclin à adhérer ?**

### Annexe 3 : email d'invitation à participer au questionnaire :

Cher confrère,

La SFMG est engagée depuis plus de 2 ans dans le projet Prospère financé par l'IRESP (Institut de recherche en santé publique de l'INSERM).

Un des axes de recherche de ce projet porte sur les indicateurs actuels d'évaluation de la performance des soins de premiers recours dont il s'agit d'évaluer l'intérêt et les limites.

Parmi les indicateurs dont nous cherchons à évaluer la pertinence figurent les indicateurs du CAPI, utilisés dans le cadre du système de paiement dit « à la performance ».

Nous vous sollicitons donc pour connaître votre opinion à la fois sur cette nouvelle forme de paiement et sur les indicateurs qui lui sont associés.

Pour cela, nous vous invitons à répondre à un questionnaire construit à partir des résultats d'un travail d'enquête qualitative préliminaire.

Vous pouvez accéder à ce questionnaire en ligne en cliquant sur le lien suivant :

<https://enquete.irdes.fr/index.php?sid=41252&lang=fr>

Il a déjà été pré-testé auprès de 8 médecins généralistes et le temps moyen pour répondre à l'ensemble des questions a été de 5 minutes.

Vos réponses à ce questionnaire seront par définition traitées de manière strictement anonyme puisqu'il ne comporte aucune donnée directement ou indirectement nominative.

Si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche pourront vous être communiqués sur simple demande de votre part.

Je vous remercie par avance pour votre réponse

Très fraternellement

Pour Prospere et la SFMG

Dr Olivier Saint-Lary  
Chef de Clinique Assistant de Médecine Générale  
Faculté Paris Ile de France Ouest  
[o.saintlary@sfm.org](mailto:o.saintlary@sfm.org)

## Annexe 4 : Première relance

Cher confrère,

Je vous ai sollicité il y a une semaine pour participer à notre étude P4P France.

Un nombre significatif d'entre vous a déjà complété et renvoyé le questionnaire. Aussi, je les remercie et les prie de ne pas tenir compte de ce courrier car, les questionnaires étant anonymes, il nous est impossible de distinguer les médecins qui ont déjà répondu des autres praticiens.

Pour les confrères qui n'auraient pas encore complété le document, je leur serais reconnaissant de bien vouloir prendre quelques minutes pour le faire. Nous avons vraiment besoin de chacun d'entre vous, afin que les résultats traduisent fidèlement l'opinion des médecins généralistes exerçant dans notre pays.

Je vous joins à nouveau ci-dessous le courrier que je vous ai adressé le 12 avril 2011 :

La SFMG est engagée depuis plus de 2 ans dans le projet Prospère financé par l'IRESP (Institut de recherche en santé publique de l'INSERM).

Un des axes de recherche de ce projet porte sur les indicateurs actuels d'évaluation de la performance des soins de premiers recours dont il s'agit d'évaluer l'intérêt et les limites. Parmi les indicateurs dont nous cherchons à évaluer la pertinence figurent les indicateurs du CAPI, utilisés dans le cadre du système de paiement dit « à la performance ».

Nous vous sollicitons donc pour connaître votre opinion à la fois sur cette nouvelle forme de paiement et sur les indicateurs qui lui sont associés.

Pour cela, nous vous invitons à répondre à un questionnaire construit à partir des résultats d'un travail d'enquête qualitative préliminaire.

Vous pouvez accéder à ce questionnaire en ligne en cliquant sur le lien suivant :

<https://enquete.irdes.fr/index.php?sid=41252&lang=fr>

Il a déjà été pré-testé auprès de 8 médecins généralistes et le temps moyen pour répondre à l'ensemble des questions a été de 5 minutes.

Vos réponses à ce questionnaire seront par définition traitées de manière strictement anonyme puisqu'il ne comporte aucune donnée directement ou indirectement nominative.

Si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche pourront vous être communiqués sur simple demande de votre part.

Je vous remercie par avance pour votre réponse

Très fraternellement

Pour Prospère et la SFMG

Dr Olivier Saint-Lary  
Chef de Clinique Assistant de Médecine Générale  
Faculté Paris Ile de France Ouest  
[o.saintlary@sfmg.org](mailto:o.saintlary@sfmg.org)

## Annexe 5 : Seconde relance

Cher confrère,

Je vous ai sollicité le 12 et le 19 avril pour participer à notre étude P4P France. Il s'agit aujourd'hui de la dernière relance.

Un nombre important d'entre vous a déjà complété et renvoyé le questionnaire. Aussi, je les remercie et les prie de ne pas tenir compte de ce courrier car, les questionnaires étant anonymes, il nous est impossible de distinguer les médecins qui ont déjà répondu des autres praticiens.

Pour les confrères qui n'auraient pas encore répondu, je leur serais très reconnaissant de bien vouloir prendre quelques minutes pour le faire en cliquant sur ce lien :

<https://enquete.irdes.fr/index.php?sid=41252&lang=fr>

Nous avons vraiment besoin de chacun d'entre vous, afin que les résultats traduisent fidèlement l'opinion de l'ensemble des médecins généralistes exerçant dans notre pays.

Suite à plusieurs questions je tiens à vous préciser qu'il s'adresse à tous les médecins généralistes, y compris les remplaçants.

Je vous joins à nouveau ci-dessous le courrier que je vous ai adressé le 12 avril 2011 :  
La SFMG est engagée depuis plus de 2 ans dans le projet Prospère financé par l'IRESP (Institut de recherche en santé publique de l'INSERM).

Un des axes de recherche de ce projet porte sur les indicateurs actuels d'évaluation de la performance des soins de premiers recours dont il s'agit d'évaluer l'intérêt et les limites. Parmi les indicateurs dont nous cherchons à évaluer la pertinence figurent les indicateurs du CAPI, utilisés dans le cadre du système de paiement dit « à la performance ».

Nous vous sollicitons donc pour connaître votre opinion à la fois sur cette nouvelle forme de paiement et sur les indicateurs qui lui sont associés.

Pour cela, nous vous invitons à répondre à un questionnaire construit à partir des résultats d'un travail d'enquête qualitative préliminaire.

Vous pouvez accéder à ce questionnaire en ligne en cliquant sur le lien suivant :

<https://enquete.irdes.fr/index.php?sid=41252&lang=fr>

Il a déjà été pré-testé auprès de 8 médecins généralistes et le temps moyen pour répondre à l'ensemble des questions a été de 5 minutes.

Vos réponses à ce questionnaire seront par définition traitées de manière strictement anonyme puisqu'il ne comporte aucune donnée directement ou indirectement nominative.

Si vous le souhaitez, les résultats de cette recherche pourront vous être communiqués sur simple demande de votre part.

Je vous remercie par avance pour votre réponse

Très fraternellement  
Pour Prospère et la SFMG  
Dr Olivier Saint-Lary  
Chef de Clinique Assistant de Médecine Générale  
Faculté Paris Ile de France Ouest  
[o.saintlary@sfmtg.org](mailto:o.saintlary@sfmtg.org)

Annexe 6 : Principales différences entre les signataires et les non signataires

<b>Propositions</b>	<b>Signataires</b>	<b>Non Signataires</b>	<b>p</b>
Connaissez-vous les indicateurs sélectionnés dans le CAPI ?	4,10	2,92	<input type="checkbox"/> 0,00001
Pensez-vous que globalement ils permettent d'évaluer la qualité des pratiques ?	2,76	1,83	<input type="checkbox"/> 0,00001
<b>Globalement diriez-vous que l'adhésion aux CAPI peut aller dans le sens :</b>			
D'une diminution de confiance du patient envers son médecin	1,74	3,01	<input type="checkbox"/> 0,00001
D'une diminution de l'autonomie des patients	1,74	2,95	<input type="checkbox"/> 0,00001
D'un plus grand dirigisme du médecin dans l'optique d'obtenir de meilleurs résultats aux indicateurs	2,93	3,92	<input type="checkbox"/> 0,00001
D'une diminution de l'autonomie des médecins en termes de prescriptions et de décisions	2,73	4,06	<input type="checkbox"/> 0,00001
D'un risque accru de sélection des patients les plus observants	2,28	3,86	<input type="checkbox"/> 0,00001
D'un risque accru d'exclusion des patients les plus précaires	1,91	3,53	<input type="checkbox"/> 0,00001
De l'apparition de nouveaux conflits entre l'intérêt financier du médecin et la prise en charge individuelle optimale du patient	2,54	4,34	<input type="checkbox"/> 0,00001

Annexe 7 : Principales différences d'opinions observées au cours des questions fermées de type oui/non

Propositions	Signataires		Non Signataires		p
	Oui	Non	Oui	Non	
Globalement les CAPI ont-ils ( <i>sont-ils susceptibles de</i> ) modifié(r) votre pratique médicale ?	115	208	237	490	=0.3784
Le patient doit être informé du fait que son médecin a signé un CAPI ?	86	117	564	62	0,00001
La rémunération liée au CAPI traduit financièrement la qualité du travail des médecins	102	120	41	499	0,00001
Les CAPI peuvent être interprétés par les patients comme un manquement des médecins à l'éthique professionnelle ?	76	139	495	64	0,00001
Payer les médecins à la performance revient à les assimiler à des salariés qui sont évalués en fonction d'objectifs quantifiés	88	138	486	105	0,00001
Le niveau actuel du CAPI minimise les risques potentiels du paiement à la performance du fait de son montant relativement faible par rapport au chiffre d'affaire des médecins.	163	32	138	172	0,00001
Pensez-vous que le paiement à la performance menace la place dominante du paiement à l'acte ?	80	237	331	386	0,00001