

**LE MOT
DU PRÉSIDENT**

L'économie de la santé est à la mode. Le financement du déficit et de la dette de la Sécu, les plans de maîtrise des dépenses, la problématique de l'accès aux soins, la gestion et le coût des crises sanitaires, etc. font la Une des publications spécialisées, et même de la presse générale. Les économistes de la santé sont sollicités parfois à titre pédagogique pour expliquer ce qui se passe, parfois de manière plus messianique, pour dessiner l'avenir d'une protection sociale de plus en plus dépendante d'une ressource de plus en plus rare : l'argent. L'économie de la santé est devenue une dimension incontournable de la santé tout court ! Devons-nous nous en réjouir ? Sans doute mais, dans le même temps, il me semble que la profession tend à se diversifier. Le cas le plus évident est celui de l'évaluation économique des biens de santé qui est aujourd'hui majoritairement passée des mains de l'économiste formé à la médecine à celles du professionnel de santé formé à l'économie. Ce n'est pas illogique compte tenu de la technicité des sujets, mais c'est quand même une inversion de tendance. Notre discipline n'échappe pas à la loi générale de la spécialisation. Alors que, naguère, il était possible à un « économiste de la santé » de couvrir plus ou moins bien tous ses aspects (c'était même sa définition), cela devient de moins en moins facile. La politique économique de la santé, l'évaluation des politiques publiques de santé, la macro-économie de la santé, l'économétrie de la santé, l'économie du développement, l'économie de vieillissement, l'économie des inégalités, etc. constituent autant de sous-champs qui connaissent un développement quasi-autonome et ne tiennent plus ensemble que par un seul mot : la santé. Raison de plus pour maintenir notre maison commune, le CES, qui pourrait à terme, au-delà de son rôle de porte-parole de la profession, devenir un lieu d'échange interne où nous nous éclairerons les uns les autres des progrès de nos champs respectifs de compétences.

Claude LE PEN
LEDa, LEGOS, Université Paris Dauphine

ÉDITORIAL : Les conventions médicales

Lorsque le 28 octobre 1971, Jacques Monnier, président de la CSMF, et Maurice Derlain, président FO de la Cnamts, signent la première convention nationale médecins-caisses, ils ont tout deux conscience d'effectuer un acte historique. Laurence Hartmann rappelle le contenu de cette convention qui a mis fin à près d'un siècle de batailles syndicales pour la liberté tarifaire, pour l'entente directe avec le patient et contre toute forme de « médecine sociale » conçue comme une menace pour l'indépendance professionnelle du médecin. Meurtris par le fait d'avoir été tenus à l'écart de la création de la Sécurité sociale en 1945 qui introduisait la notion de tarif opposable, ils avaient entamé une « longue marche » de 25 années, pressés par le pouvoir politique (Albert Gazier, Ministre des affaires sociales du gouvernement socialiste de Guy Mollet en 1956, Paul Bacon, Ministre des affaires sociales du gouvernement gaulliste de Michel Debré en 1960), pour aboutir à un aggiornamento qui se matérialisera en 1960 au sein de la CSMF par la très courte victoire de la ligne dite « libérale et sociale » de Jacques Monnier. Ce ne sera pas sans déchirements ni ruptures, mais un nouveau cours des choses s'engagera, la création, en 1967, de la Cnamts donnant aux syndicats un interlocuteur « difficile mais respecté » ! Cette cohabitation conflictuelle, ce mélange de connivence et d'opposition, cette connaissance intime et réciproque des deux partenaires, existe toujours aujourd'hui. Elle a survécu à bien des vicissitudes, l'affaire des médecins référents et de la fermeture du Secteur II en 1990, la Loi Teulade et les Références médicales opposables en

1994, le Plan Juppé de 1996, la séparation de la convention des généralistes de celles des spécialistes en 1997, les accords de bon usage des soins, etc. Cela signifie-t-elle qu'elle est éternelle ? Certainement pas. Au contraire, elle me semble aujourd'hui menacée. Pourquoi ? D'abord, parce que la plupart des « dossiers chauds » du moment se traitent hors convention. C'est le cas des Capi, dont la Cnamts nous fait l'honneur de livrer dans ce numéro un premier bilan, de la question de la liberté d'installation, de la création des maisons médicales, de la permanence des soins, etc. Tous ces problèmes font l'objet d'un traitement parlementaire et non conventionnel. Et là réside sans doute une des raisons à la très forte opposition des médecins libéraux à la Loi HPST. Ensuite, parce que la création des ARS change assez profondément les règles du jeu en donnant aux médecins libéraux un deuxième interlocuteur institutionnel au plan régional en charge de l'organisation des soins. Beaucoup de directeurs d'ARS pensent que la convention doit se limiter aux tarifs nationaux, le reste, y compris éventuellement des modulations tarifaires locales, relevant de leur compétence. « Back to 71 » ! En fait, dans un système de santé où la régulation tend à s'étatiser, la question se pose de savoir si une instance et un instrument de négociation médecin-Etat ne doit pas compléter, ou se substituer, à la convention qui pourrait avoir épuisé, d'un certain point de vue, son rôle historique.

Claude LE PEN
LEDa, LEGOS,
Université Paris Dauphine

LES CONVENTIONS MÉDICALES

L'histoire des conventions médicales est avant tout celle des tarifs des actes médicaux depuis cinquante ans. Fruits d'une négociation entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins, ces tarifs conventionnels supposent des engagements réciproques susceptibles de concilier exercice libéral de la médecine et assurance maladie obligatoire. La première convention nationale de 1971 est ainsi née d'un accord où les médecins se voyaient confier une mission de service public dans la délivrance des soins ambulatoires tandis que l'assurance maladie y trouvait une forme de garantie d'égal accès aux soins pour les assurés.

Depuis lors, les négociations qui s'ensuivent régulièrement ne se sont pas déroulées sans heurts et ont connu moult péripéties. Elles ont laissé une empreinte unique sur les caractéristiques de l'exercice de la médecine de ville en France. Au plan économique, elles illustrent les pérégrinations des pouvoirs publics pour tenter de réguler un secteur rétif à tout ce qui pourrait ressembler à un signal de « collectivisation » de l'activité. Et pourtant : dans un contexte de paiement à l'acte auquel les médecins sont encore très attachés, la maîtrise du coût des soins médicaux dépend intimement des outils de régulation de l'activité, cooptés par les médecins et les caisses d'assurance maladie. Longtemps, la question des tarifs a été centrale dans les conventions, et longtemps les velléités de la politique conventionnelle à élargir son champ d'influence ont été vouées à l'échec du fait de l'extrême fragilité juridique des instruments conventionnels. Les réformes récentes du système de santé ont cherché à rénover le cadre des relations conventionnelles, en visant plus la régulation des pratiques médicales individuelles que celle collectives du secteur, tout en conservant le cadre initial du dispositif conventionnel des médecins. Avant de présenter les trois principales périodes qui ont marqué l'histoire des conventions médicales nationales, il est utile de rappeler quelles furent les conditions de leur genèse.

Genèse des conventions médicales nationales

L'ordonnance du 19 octobre 1945 prévoit que les médecins représentés par leur syndicat concluent une convention par département, y fixant les tarifs applicables sous réserve d'approbation par une commission nationale. Naît ainsi la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), avec des majorations des tarifs selon les circonstances ou les catégories de praticiens (titres, va-

leur scientifique, travaux et spécialisation). Tout dépassement d'honoraires doit être justifié, les motifs relevant soit de la « *notoriété du praticien* », soit de circonstances particulières liées au patient, soit de « *la situation de fortune de l'assuré* »¹. Cette clause particulière disparaîtra avec la première convention nationale de 1971, de même que disparaîtra du code de déontologie médicale le principe de « *l'entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires* »². On imagine alors qu'il fut un temps où la variabilité des tarifs conventionnés devait être considérable sur le territoire français, ce qui a logiquement abouti à un plafonnement des tarifs applicables avec le décret du 12 mai 1960. Ce décret impose alors une valeur uniforme des lettres-clés de la NGAP pour un même département et étoffe le contenu des conventions qui doivent fixer des « *normes d'activité compatibles avec la qualité des soins* » correspondant aux « *usages constants d'un exercice loyal de la profession* ». Apparaît donc en filigrane l'idée qu'au-delà d'un seuil d'activité, la qualité des soins diminue quand l'activité continue de croître. Par ailleurs, si les tarifs peuvent être révisés chaque année sous la forme d'avenants, les dépassements d'honoraires sont en principe exceptionnellement autorisés et, quand ils le sont, le montant doit en être fixé « *avec tact et mesure* » selon la formule consacrée depuis maintenant cinquante ans. L'ensemble de ces éléments constitue le fondement des conventions médicales nationales.

De 1971 à 1992 : le tarif des actes comme élément majeur des négociations

La première convention médicale nationale a été conclue à la suite de la loi du 3 juillet 1971. Si la loi reconnaît d'abord les principes déontologiques fondamentaux des médecins (liberté de choix du médecin, liberté de prescription, secret professionnel, paiement direct des honoraires, liberté d'installation), elle instaure un cadre conventionnel national pour l'ensemble des professions de santé et règle les relations entre les syndicats médicaux représentatifs et l'assurance maladie. La convention fixe les tarifs des hono-

¹ Si ce dernier motif semble aujourd'hui assez étonnant – puisqu'il signifie qu'une discrimination par les prix était donc autorisée dans le cadre du conventionnement –, il est assez conforme à l'époque au fonctionnement du marché des soins médicaux tel que décrit par Arrow.

² En novembre 1955, le code de déontologie médicale paraît sous la forme d'un décret, qui rappelle les principes de la médecine libérale française dans son article 8 (libre choix du médecin par le malade, liberté des prescriptions du médecin, entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires et paiement direct des honoraires par le malade au médecin).

raires, a un caractère obligatoire une fois approuvée par arrêté ministériel (excepté pour les médecins refusant expressément de s'y soumettre) et elle est pluriannuelle (éventuellement révisée par des avenants annuels). L'objectif initial des conventions était d'inciter l'ensemble des professionnels de santé à exercer dans ce cadre de manière à instaurer une tarification unique servant de référence au remboursement des assurés : ainsi, pouvait-on garantir un niveau de remboursement élevé sur la base de tarifs opposables. Du point de vue des professionnels, cette incitation tenait pour l'essentiel à une garantie de revenu grâce à la solvabilisation de la demande et, ainsi, la première convention remportait-elle un vif succès avec une adhésion massive de médecins. Ce succès fut donc aussi celui de l'assurance maladie et des pouvoirs publics qui s'assuraient ainsi d'un accès aux soins facilité en tout point du territoire. La première convention nationale des médecins entre en vigueur le 29 octobre 1971. Elle stipule que les médecins conventionnés s'engagent à l'effort d'efficience, prône une autodiscipline en matière de prescriptions dans « *la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement* », introduit des avantages sociaux et fiscaux pour les médecins conventionnés³. On met à leur disposition un profil établi à l'aide de tableaux statistiques codés (actes et prescriptions figurant dans les anciens TSAP). L'anormalité d'un profil médical peut en principe conduire au déconventionnement, ce qui dans la réalité a rarement été le cas. Les différences de tarifs consenties dès le départ aux spécialistes expliquent l'une des spécificités du système de santé français, à savoir la part relativement importante de spécialistes libéraux. La deuxième convention nationale, adoptée le 30 mars 1976, fait peu évoluer le contenu de l'accord⁴. La principale nouveauté de la troisième convention (arrêté du 5 juin 1980) est la création des deux secteurs d'exercice, le secteur 1 à tarifs conventionnels, le secteur 2 à tarifs libres ou « *droit permanent à dépassement* » (les médecins renoncent alors à leurs avantages sociaux et fiscaux). Elle mentionne également l'objectif d'une maîtrise concertée des dépenses de soins, et le projet d'élaboration de méthodes d'évaluation et de contrôle du bon usage des soins y est inscrit. Par ailleurs, elle introduit une séparation des rôles du service médical, voué à contrôler les

pratiques, et d'une commission économique, censée prévoir et suivre des objectifs de dépenses. Dans le cas d'un dépassement, il est suggéré de trouver une solution de retour à l'équilibre, soit par une meilleure information des patients, soit par une variation des tarifs des soins médicaux : ce dernier mécanisme se rapproche d'un dispositif de lettres clés flottantes, conçu avec un objectif de dépenses indexé sur la croissance du PIB. Il ne sera jamais appliqué. Pour la première fois, une mention explicite est faite sur le rôle accordé à la prévention et à l'éducation sanitaire. La quatrième convention (arrêté du 4 juillet 1985) abandonne le principe de l'enveloppe globale qui avait fortement hérissé le corps médical, lequel avait taxé le dispositif de « maîtrise comptable » et donné plutôt sa faveur aux techniques d'une « maîtrise médicalisée » fondée sur les pratiques individuelles. La nécessité du bon usage des soins est renforcée, de même que celle d'une formation continue des médecins⁵. L'arrêté du 27 mars 1990, qui approuve la cinquième convention nationale des médecins, gèle l'accès au secteur 2, au regard du succès de cette disposition qui compromet l'objectif d'un égal accès aux soins des assurés dans le cadre d'honoraires opposables. Pour les nouveaux entrants, ce privilège reste l'apanage des anciens chefs de clinique. Dans le cadre de la maîtrise conventionnelle de l'évolution des dépenses, des objectifs de bon usage des soins et d'évolution des dépenses de santé doivent être fixés au niveau de chaque circonscription. Dans la réalité, ces objectifs n'ont souvent pas été définis. L'exigence de formation continue est renforcée. Une première tentative d'adoption d'une option conventionnelle auprès d'un médecin généraliste, analogue à celle du médecin référent, est avortée.

Echec et décadence de la politique conventionnelle de 1993 à 2004

A partir de 1993, les tensions entre les partenaires conventionnels débouchent sur une période très tumultueuse pour les conventions médicales, caractérisée par un enchevêtrement de lois, ordonnances, arrêtés, annulations d'arrêtés, avenants multiples. Cette période débute avec la loi Teulade de 1993 qui prévoit la mise en place des fameux Objectifs quantifiés nationaux (OQN), concernant aussi bien les actes que les prescriptions pour les médecins généralistes et pour les médecins spécialistes, assortis de sanctions financières collectives en cas de non respect. De

³ Au niveau du département, une commission médico-sociale s'assure non seulement de l'application de la convention par les médecins mais étudie aussi la morbidité locale et son influence sur les conditions d'exercice des médecins.

⁴ Si ce n'est qu'elle envisage la possibilité de travaux dans certaines circonscriptions sur la situation en matière de démographie médicale et d'expérimentations susceptibles d'aider à mieux cerner « *les lois de formation des coûts dans les différentes formes d'exercice de la médecine* »

⁵ Elle développe un sujet effleuré dans la précédente convention, et concernant la réhabilitation du rôle du médecin généraliste notamment au regard de « *l'urgence, la permanence et la continuité des soins, les alternatives à l'hospitalisation, la prévention, l'éducation sanitaire, l'épidémiologie et la formation* ».

même, les Références médicales opposables (RMO) voient le jour, qui visent la suppression des pratiques médicale dangereuses ou inutiles et sont associées à des sanctions financières individualisées. Les prémices du dossier médical apparaissent sous la forme d'outils de codage des actes, prescriptions et pathologies. Ces dispositifs sont consignés dans la sixième convention nationale approuvée le 25 novembre 1993, mais trois ans après l'assurance maladie dénonce cette convention en l'absence d'accords sur le mode de sanction lié au dépassement de l'OQN. Parallèlement les ordonnances Juppé de 1996 révisent le contenu des règles conventionnelles afin d'asseoir les mécanismes de régulation des dépenses médicales. Un arrêté du 28 mars 1997 approuve deux conventions distinctes, une pour les médecins généralistes, l'autre pour les médecins spécialistes. Elles prévoient la création d'une option conventionnelle (dispositif du médecin référent assorti du premier paiement forfaitaire par patient pour rémunérer la tenue du dossier médical), érigent des recommandations et références professionnelles (assorties de sanctions), définissent une déclinaison régionale de la régulation des dépenses par objectif, déterminent plus précisément les modalités de sanction en cas de dépassement (versement d'honoraires), rendent obligatoire la formation continue et soutiennent l'informatisation des cabinets. Les deux conventions sont annulées un an après leur mise en œuvre et face à la situation de crise les pouvoirs publics publient par arrêtés successifs « *un règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale* », qui permet d'assurer la continuité des remboursements aux assurés sociaux (avec des avantages sociaux réduits pour les médecins). Cette disposition continuera de régir les relations entre assurance maladie et spécialistes jusqu'en 2002, tandis que dès la fin de l'année 1998 les médecins généralistes signent une nouvelle convention nationale, qui confirme le dispositif du médecin référent et introduit le principe des feuilles de soins électroniques. L'application des RMO ne repose plus que sur un engagement moral individuel.

De la Loi du 6 mars 2002 au règlement arbitral du 3 mai 2010 : des avancées timides mais perceptibles en matière de régulation

Face à un système conventionnel qui tombe en décadence, dont les limites sont pointées par la Cour des comptes et le rapport Evin, une loi est votée le 6 mars 2002, à la suite des recommandations du « Grenelle de la santé », loi « *portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie* ». Cette loi édifie une architecture conventionnelle à trois étages : un accord-

cadre interprofessionnel ; des conventions sectorielles ; des outils de promotion de la qualité des soins collectifs (AcBus) et individuels (Contrat de bonne pratique). Elle fait donc jouer, au titre de la régulation des dépenses, un rôle important à la contractualisation. Il faudra malgré tout attendre jusqu'au 3 février 2005 pour qu'un arrêté approuve une nouvelle convention nationale unique des médecins généralistes et des médecins spécialistes, à laquelle pas moins de 31 avenants (dont celui de la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux) viendront apporter des modifications jusqu'en 2009. La convention applique les principes de la loi du 13 août 2004, notamment le dispositif du médecin traitant et la représentation de l'assurance maladie sous la figure de l'UNCAM, avec des prérogatives réaffirmées en matière de politique conventionnelle. Le médecin traitant devient alors le spécialiste du premier recours, avec la possibilité de paiements forfaitaires en sus du paiement à l'acte. Même si la traduction opérationnelle d'une responsabilité individuelle est absente, la convention prévoit des engagements collectifs de maîtrise médicalisée des prescriptions. Cette convention et ses avenants sont reconduits, à quelques aménagements près, par l'arrêté du 3 mai 2010 qui approuve « *le règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale* », laquelle aurait dû être établie au plus tard cinq ans après la convention de 2005. Une nouvelle convention entre l'UNCAM et les médecins devrait être conclue prochainement.

Cette brève histoire des conventions médicales met en exergue les difficultés de mise en œuvre des mécanismes économiques de régulation, qu'ils concernent les comportements des médecins ou qu'ils mettent en jeu l'activité globale du secteur. Initialement le conventionnement avait pour contrepartie une demande solvabilisée, or cet avantage est devenu acquis au fil du temps, un avantage allant de soi qui a conduit à des conventions centrées plus sur les droits de médecins que ceux des patients. La censure régulière des mécanismes de régulation, l'absence d'une forme de menace crédible ont abouti à des errements dans la gestion des relations conventionnelles. Toutefois, cette histoire n'est pas vaine, car le champ des conventions médicales s'est indéniablement élargi au cours du temps et notamment au cours des dernières années. Cette évolution est confortée par les exceptions croissantes aux principes de l'exercice de la médecine libérale : parcours de soins, paiements forfaitaires, encadrement des prescriptions, tiers payant social, régulation de l'installation.

Laurence HARTMANN
CNAM

LE CONTRAT D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES INDIVIDUELLES, ABOUTISSEMENT OU NOUVEAU DEPART POUR LA GESTION DES SOINS ?

Depuis plusieurs années, l'assurance maladie mène une politique active pour accroître la qualité et l'efficacité de notre système de santé. Cette politique dite « de maîtrise médicalisée » passe notamment par une sensibilisation du corps médical aux objectifs de santé publique et aux objectifs d'économies. Une étape importante a été le développement de l'accompagnement des professionnels à travers les visites des délégués de l'assurance maladie et les entretiens confraternels. Ainsi en 2010, plus de 450 000 entretiens individuels ont eu lieu entre des professionnels de santé et des représentants de l'assurance maladie sur la prévention, la prise en charge des malades ou la bonne utilisation des ressources. Une nouvelle étape de cette stratégie est la mise en place d'une composante de rémunération à la performance pour les médecins généralistes, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles. Ce contrat est inspiré d'expériences étrangères. Après les premières initiatives développées aux Etats-Unis à la fin des années 1990, une expérience européenne à grande échelle a été mise en place en 2004 dans le cadre de la convention entre les médecins généralistes anglais et le National Health Service. La particularité du contrat français est la combinaison d'objectifs de santé publique et de qualité des soins et d'objectifs d'efficacité des pratiques. Dans d'autres pays, ce deuxième volet est abordé au travers d'autres outils de responsabilisation, qui n'existent pas en France.

Le CAPI, qu'est ce que c'est ?

Le CAPI est un contrat de santé publique conclu entre le médecin traitant et l'Assurance Maladie, pour soutenir le médecin dans ses efforts quotidiens pour améliorer la santé de la population et pour optimiser la prescription médicamenteuse. Un contrat type a été défini par l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie, et chaque médecin est libre d'y adhérer. Les thèmes du contrat sont ceux qui avaient été retenus dans la convention médicale, en lien avec les priorités de santé publique définies par le gouvernement et les avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.

Le CAPI comporte trois axes : un axe « prévention », un axe « suivi des maladies chroniques » et un axe « optimisation des prescriptions ». Chaque axe se décline en plusieurs thèmes. Ainsi l'axe prévention comprend la vaccination contre la grippe saisonnière, le dépistage du cancer du sein et la prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse. L'axe « suivi des maladies chroniques » se concentre sur le bon suivi du diabète (4 éléments clés d'un bon suivi : dosage de l'hémoglobine glyquée, examen du fond d'œil, traitement par statine et aspirine des diabétiques à haut risque cardiovasculaire) et le traitement de l'hypertension artérielle. Enfin l'axe « optimisation des prescriptions » repose sur la possibilité de mieux hiérarchiser les prescriptions, notamment en privilégiant en première intention, dans quelques grandes classes médicamenteuses, les prescriptions dans le répertoire générique. La France se caractérise en effet par une tendance à prescrire de manière systématique les médicaments récents, au détriment de spécialités plus anciennes, souvent génériques, dont l'efficacité thérapeutique est parfois comparable pour une grande partie des patients traités. L'exemple type en est la prescription d'inhibiteurs de la pompe à proton : les spécialités dont le brevet était tombé étaient prescrites dans moins de la moitié des cas en France en 2007, contre deux tiers des cas en Italie et en Allemagne, et plus de 80% en Espagne et au Royaume Uni.

Pour chaque thème, des objectifs cibles ont été fixés à un horizon de trois ans, sur la base de trois critères : les écarts entre la pratique collective constatée et les recommandations des autorités sanitaires (Haute Autorité de santé, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), l'hétérogénéité entre praticiens et l'observation de la situation dans les autres pays. Les indicateurs évolueront en fonction des données acquises de la science.

Les premiers résultats

Une année après son lancement, 14800 médecins, soit un tiers environ de la population éligible, ont adhéré au CAPI. Ce premier succès montre que la rémunération à la performance n'apparaît plus aujourd'hui comme un tabou pour les médecins généralistes. Il faut noter à ce propos que la principale opposition des syndicats professionnels vient du fait que ce contrat se situe en dehors du cadre conventionnel.

Ces 14800 médecins sont représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes, et ne se distinguent des non signataires ni par leurs caractéristiques démographiques, ni par leur pratique antérieure en matière de prévention et de prescription. Le CAPI n'attire donc pas un profil particulier de médecin.

Les premiers résultats en termes d'évolution des pratiques sont positifs. Comme l'ont montré les exemples d'autres pays, la rémunération à la performance ne peut pas à elle seule bouleverser les pratiques médicales ; néanmoins elle permet une amélioration significative.

L'expérience française va dans le même sens. Une étude a été réalisée sur les 5355 médecins signataires au 1^{er} juillet 2009, et pour lesquels les données sont disponibles sur une année entière. Sur tous les indicateurs, on constate une progression des médecins signataires significativement supérieure à celle de leurs confrères.

Ainsi après un an, la proportion des diabétiques suivis par ces médecins qui ont bénéficié de 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée dans l'année (HbA1c) a augmenté de 4,2 points à 44,6%. De même, le suivi des diabétiques à haut risques cardiovasculaire est meilleur : 57 % bénéficient d'un traitement par statine et 47,1% par aspirine à faible dose, en progression de 4 à 5 points en un an.

Dans le domaine de l'efficacité de la prescription, il apparaît aussi une différence significative entre les médecins adhérents et les autres professionnels. Par exemple, le recours aux IEC plutôt qu'aux sartans progresse de 1,3 pt alors que celui-ci recule de -0,5 pt pour les praticiens n'ayant pas adhéré au CAPI. L'écart apparaît aussi important pour les IPP : La prescription de médicaments anti-ulcéreux (IPP) et anti-hypertenseurs pouvant être délivrés sous forme de génériques a augmenté de 18,9 pts pour les adhérents et de 11,9 pts pour les autres médecins, ces taux importants s'expliquant par la fin du brevet du pantoprazole.

Dans le domaine de la prévention, en revanche, les résultats apparaissent moins significatifs même s'ils sont réels.

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 1/2 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

Grâce à ces évolutions, deux tiers des médecins (66%) dont le contrat a atteint sa date anniversaire au 1er juillet 2010 percevront une rémunération, calculée en fonction de leur taux de réalisation. En moyenne, cette rémunération s'élèvera à 3 100 €.

Le coût de cette rémunération apparaît plus que compensé par les économies engendrés par l'amélioration de l'efficacité de la prescription.

Le CAPI, quelles perspectives ?

Le succès du CAPI tant en termes d'adhésion qu'en termes d'évolutions des pratiques garantit son avenir. Il apparaît désormais comme une composante indispensable de la rémunération des médecins. Ainsi, le président du conseil de l'ordre, le docteur Michel Legmann, recommande dans un rapport au Président de la République la mise en place d'une structure de rémunération à trois étages, dont l'un serait inspiré du CAPI. Ces recommandations rejoignent les orientations du conseil de l'UNCAM votées en 2009.

Une première évolution pourrait être son extension à l'ensemble des médecins traitants omnipraticiens. En effet, du fait de son caractère facultatif, il ne touche aujourd'hui qu'une minorité de médecins généralistes. La convention médicale pourrait l'étendre à l'ensemble des omnipraticiens. Néanmoins, une telle évolution nécessite une modification législative et un accord entre les parties conventionnelles.

Une autre évolution pourrait être son adaptation pour les médecins exerçant en groupe. Le CAPI est en effet pour le moment individuel. Or, des modalités de pratiques plus collectives se développent et la proposition d'un contrat collectif permettant de prendre en compte ces pratiques et de les accompagner apparaît aujourd'hui souhaitable. Elle aura pour avantage non seulement de reconnaître l'effort réalisé par les professionnels, mais aussi de permettre une meilleure mutualisation des résultats. Cette mutualisation apparaît d'ailleurs nécessaire pour étendre le contrat à la prise en charge de certaines pathologies qui ne représentent qu'un petit nombre de malades à l'échelle d'un professionnel individuel. Les prémisses de cette évolution apparaissent d'ailleurs dans la mise en œuvre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération issues de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Enfin, son extension à d'autres offreurs de soins peut être aussi envisagée.

Néanmoins, la rémunération à la performance ne peut être qu'un outil parmi d'autres de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des pratiques professionnelles. En effet, si ces résultats sont positifs, ils ne permettent ni d'atteindre des niveaux de qualité de la prise en charge comparables à ceux obtenus dans les pays les plus en avance à cet égard, ni de corriger complètement la préférence des médecins français pour les produits les plus récents. D'autres leviers complémentaires sont nécessaires, comme l'évolution vers une pratique plus collective, la formation continue ou le développement de l'usage de l'informatique médicale.

Dominique POLTON, CNAMTS

Jean-Marc AUBERT, CNAMTS



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Donia Ait Omar.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755