

Païement à la performance des médecins : un chaos organisé ?

La prime au mérite des chirurgiens hospitaliers est un échec retentissant : cette usine à gaz inapplicable, beau reflet de la bureaucratie néo-gestionnaire, que même ses instigateurs n'ont pas signé, a rencontré au mieux une absence d'adhésion mais surtout une forte répulsion de médecins qui ont choisi le service public pour se concentrer sur leur cœur de métier au sein d'une équipe toute entière tournée vers la performance collective. Il faut dire que le SNPHAR, pas encore élargi à tous les PH, s'y était opposé fortement avec même une journée de grève très bien suivie (le 13 avril 2007).

Voilà que les pouvoirs publics récidivent, cette fois vers les médecins généralistes. Au lieu de réévaluer le tarif de la consultation (23 euros...), les pouvoirs publics préfèrent une augmentation déguisée, qui leur permet de continuer à promouvoir un des socles des réformes néolibérales. Nos gestionnaires, après avoir déterminé ce qui est une bonne et une mauvaise prestation de service, prennent définitivement les rênes en imposant leurs procédures par le biais de la rémunération.

IL S'AGIT D'ÊTRE PAYÉ EN FONCTION DE L'ATTEINTE DE CERTAINS OBJECTIFS PRÉDÉFINIS

La rémunération à la performance est la traduction de l'anglais P4P, *pay for performance* qui signifie plutôt « paiement à l'efficacité ».

Ce concept a été parfaitement étudié et disséqué dans un rapport de l'IGAS en 2008. La synthèse est prudente et claire : personne ne peut affirmer à partir des expériences étrangères que ce mode de rémunération améliore la qualité des soins ni même diminue les coûts de la santé. En 2009, le *New England Journal of Medicine* [1] montre que les effets attendus sur la qualité ne sont pas prouvés ni stables.

Plus récemment, le *BMJ* [2] montre que la rémunération à la performance conduit les médecins à se concentrer sur les objectifs qui servent à mesurer leur « performance » et à délaisser les autres, non rémunérateurs. Comment s'en étonner ?

En 2004, un plan en mille points (QOF) a été introduit chez les médecins généralistes d'Angleterre, du Pays de Galles et d'Ecosse. Cette initiative a été mise en place pour remplacer la pauvre qualité et la pauvre coordination des soins qui était perçue par la Médecine par les Preuves (*Evidence-Based Medicine*). Plan coûteux (un milliard de

livres) mais l'amélioration de la santé serait rapide et bénéfique. Si certains critères comme l'HbA1C, la pression artérielle et le taux de cholestérol ont baissé dans les dossiers, les véritables critères de morbi-mortalité ne se sont, en revanche, pas modifiés : nombre d'AVC, nombre d'événements cardio-vasculaires, nombre d'arrêts du tabac.

Durant cette période, le nombre d'admissions aux urgences est devenu ingérable... Mais, surtout, le gaspillage d'argent n'a pas profité à d'autres secteurs de la santé. Les domaines qui ont été choisis, comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, la santé mentale et les affections respiratoires, sont dominées par les médicaments. Depuis le début du contrat, les prescriptions ont globalement augmenté : 40 % de plus dans le diabète (240 millions d'euros en plus) ; + 90 % pour les inhibiteurs de l'angiotensine 2 (+ 68 millions de livres) ; tiotropium : + 100 % (+ 30 M livres) ; ezetimibe (+ 400 %, + 15 M livres). La prescription des statines a doublé, bien que l'on connaisse

leur inefficacité en prévention primaire.

Une explication : la multiplicité des objectifs que recouvrent certaines missions médicales, la complexité des tâches à réaliser pour tenter d'atteindre ces objectifs ne peuvent être réduites à une somme d'indicateurs. Du coup, l'introduction d'un mode de rémunération incitatif fondé sur seulement un (ou quelques) objectif(s) bien identifié(s) induit, de

fait, le risque que les praticiens délaissent les tâches les plus difficilement évaluables, alors même que ces dernières peuvent être déterminantes quant à la qualité du service rendu. Certains auteurs ont montré qu'il est souvent préférable de privilégier des modes de rémunérations indépendants des performances individuelles, sans quoi les individus tendent à concentrer leurs efforts sur les seules tâches explicitement évaluées et rémunérées. La pratique médicale est, de ce point de vue, une activité « multi-tâches », composée à la fois d'actes

“ La pratique médicale est composée à la fois d'actes techniques, en partie quantifiables, mais aussi de tâches qualitatives, plus difficilement évaluables. ”