

## La vérité sur les paiements à la performance ou P4P

Le 9 octobre 2012

## P4P Ote ton masque !

### Introduction

**Le paiement à la performance** (P4P acronyme de « Pay for performance ») est la rémunération des praticiens en fonction des résultats cliniques. Le P4P s'installe dans l'ensemble des secteurs de notre système de santé : dans la médecine de ville comme dans la médecine hospitalière, dans l'exercice de la médecine générale comme dans l'exercice des spécialités, dans l'exercice libéral comme dans l'exercice publique.

Selon ces déclinaisons, cette valorisation du travail des médecins recouvre différentes modalités et objectifs. Pour les objectifs affichés, tous professionnels de santé ne peuvent qu'adhérer : le médecin libéral va améliorer la qualité des soins à sa clientèle avec la nouvelle convention nationale (dispositif CAPI, Contrat pour l'Amélioration des Pratiques Individuelles dans le secteur libérale : médecins généralistes, cardiologues,...) ; le médecin hospitalier va augmenter l'activité ou l'offre de soins hospitaliers avec les contrats de clinicien hospitalier,....

### Le P4P force le changement de nos pratiques professionnelles

Ce ne sont que les prémices, une diffusion plus large de ces dispositifs est programmée. Maintenant la médecine générale et la cardiologie, bientôt l'ophtalmologie puis l'anesthésie et enfin l'ensemble des spécialités. Cette extension est accompagnée d'un marketing qui en chante les bienfaits. Le très faible refus des médecins libéraux est source d'interprétations divergentes. Comme le souligne le bulletin du conseil de l'ordre, lorsque 97% des médecins optent pour ce paiement à la performance, cela ne veut pas dire que le dispositif est plébiscité (le paiement à la performance est-il un jeu de dupes ? Bulletin N°22 de Mars-Avril 2012). Il faut toujours se méfier des plébiscites. S'agit-il d'une évolution de la médecine libérale avec l'abandon d'une médecine « libre » comme le souligne Me Claude Le Pen ? Ou ne s'agit-il pas plutôt d'une absence de choix comme le défend Mr Michel Legman ? Pour ces médecins, ce dispositif n'est que l'unique moyen d'escompter une revalorisation de leurs revenus, ce dispositif remplaçant une éventuelle revalorisation des actes.

### **Le paiement à la performance serait actuellement le seul moyen envisagé pour augmenter les revenus médicaux**

Mais c'est aussi parce que les critères retenus sont proches des pratiques actuellement partagées par les professionnels (c'est d'ailleurs une des recommandations énoncée pour s'assurer de l'acceptabilité du dispositif)<sup>1</sup>. En tout état de cause, la question qui est maintenant posée est l'impact de ce dispositif sur le travail du médecin libéral. Elle est actuellement abordée sous l'angle déontologique : ce dispositif la rémunération du médecin libéral ne crée-t-elle pas un conflit d'intérêt, ne rogne-t-elle pas l'indépendance du praticien ? (Le quotidien du médecin). C'est finalement la même question que se posaient déjà, en 2008, les auteurs d'une étude de l'impact du P4P chez les médecins généralistes anglais<sup>2</sup>.

### **Ce qui apparait certain, c'est que cette rémunération des praticiens en fonction des résultats cliniques est un levier puissant de changement d'exercice professionnel**

<sup>1</sup> Schaubroeck J,shaw JD,Duffy MK, Mitra A. An under-met and over-met expectations model of employee reactions to merit raises. J APPL psychol. 2008;93(2):424-434

<sup>2</sup> Campbell SM, McDonald R, Lester H. The experience of pay for performance in English family practice: a qualitative study. Ann Fam Med. 2008;6(3):228-234

## Le P4P n'est pas garant de la qualité des soins

Est-ce que ces changements sont un gage d'amélioration de la santé de nos patients ? Que nous apprennent les expériences antérieures, certes dans d'autres systèmes de santé ? Le P4P a été expérimenté aux USA (Medicare Hospital Value based Purchasing (VBP) program and Premier Hospital quality incentive demonstration (HQID) program) ou de façon plus emblématique auprès des médecins généralistes de ville en UK (Quality and Outcomes framework-QoF). Aux USA, l'incitation porte sur le financement de l'hôpital par Medicare (1 à 2 % de bonus ou pénalité). Aux UK, l'incitation concerne directement le revenu du médecin (20 à 25%).

Aux USA, c'est la publication en 2007 de l'amélioration d'un indicateur composite de performance observée lors de la première expérimentation (de 2,6 à 4,1 % en deux ans) qui a justifié le déploiement du P4P dans les hôpitaux (NEJM 2007). Cependant, les publications ultérieures ne conforteront pas ces résultats. Une dernière étude de 2012<sup>3</sup> qui s'intéresse à un critère dur comme la mortalité à 30 jours, ne montre aucun bénéfice sur les 6 années du programme. Ce constat peut être généralisé. Les synthèses de la littérature par la méthode des méta-analyses de la Cochrane ne retrouvent pas de bénéfice sur la qualité des soins, que ce soit dans des systèmes de santé développés<sup>4</sup> ou dans des pays émergents<sup>5</sup>. De plus, ces synthèses déplorent l'absence de démonstration rigoureuse d'un bénéfice sur la qualité des soins.

### La PAP n'améliore pas la qualité des soins et la satisfaction des patients

Ou pour rester plus prudent, les dispositifs P4P n'apparaissent pas plus efficaces que d'autres modalités d'amélioration de la qualité des soins

Il s'agissait ici essentiellement de dispositifs qui valorisent les organisations mais qu'indirectement le revenu du praticien. C'est peut-être là le problème : pour que le dispositif soit efficace, il faudrait directement inciter l'individu et non pas l'organisation. L'incitation individuelle a été expérimentée dans différents pays mais c'est le dispositif UK qui est le plus emblématique et le plus analysé<sup>6</sup>. Quelles conclusions peuvent être tirées de cette expérimentation ? Là encore la démonstration d'un bénéfice sur la santé de la population compte tenu du financement engagé est discutée<sup>7</sup>. En revanche, ce qui ressort c'est un impact certain sur les pratiques professionnelles. Il s'agit parfois d'effets « négatifs » comme ceux sur les soins non couverts par le programme d'incitation ou sur la continuité des soins<sup>8</sup>. Ou bien encore, il s'agit d'une baisse de satisfaction des patients alors que les critères de qualité des soins sont atteints<sup>9</sup>.

**Au total, le dispositif PAP, que ce soit avec une incitation directe ou non, n'améliore pas drastiquement la qualité des soins mais change l'exercice des professionnels de santé et l'organisation de l'hôpital.** D'où la question du bénéfice et de la pertinence de la diffusion du P4P pour nos patients<sup>10</sup> ?

### Contrat de clinicien hospitalier et P4P

Qu'en est-il des contrats de cliniciens hospitaliers ? La diffusion de ce nouveau dispositif de P4P est beaucoup plus difficile à cerner. Il s'agit finalement d'un contrat passé à huis clos entre un

<sup>3</sup> The long-term effect of Premier Pay for performance on patient Outcomes. Ashish K Jha, NEJM, 2012

<sup>4</sup> The effect of financial incentives on quality of health care provided by primary care physicians (Review). Scott A, the cochrane library 2011, issue 9

<sup>5</sup> Paying for performance to improve the delivery of health intervention in low and middle – income countries (Review). Witter S, the cochrane library 2012, issue 3

<sup>6</sup> Schoen C, Osborn R, Doty MM, et al. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)*.2009; **28**: w1171–83

<sup>7</sup> National Audit Office. *NHS Pay Modernisation: new contracts for general practice services in England*. London: TSO; 2008

<sup>8</sup> Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. Stephen M. Campbell, Ph.D., David Reeves, Ph.D., Evangelos Kontopantelis, Ph.D., Bonnie Sibbald, Ph.D., and Martin Roland, D.M. *N Engl J Med* 2009; 361:368-378 July 23, 2009

<sup>9</sup> Weyer SM, Bobiak S, Strange KC. Possible unintended consequences of a focus on performance: insights over time from the Research Association of Practices Network. *Qual Manag Health Care*. 2008;17(1):47-52

<sup>10</sup> Making the best of hospital Pay for performance. A Ryan, NEJM 2012

praticien et une direction hospitalière si ce n'est le directeur seul. Ce contrat doit être cohérent avec le projet hospitalier et suppléer un déficit d'activité ou d'offre de soins identifié comme crucial pour l'établissement. L'aval de l'ARS est requis. Ici, l'enjeu n'est plus directement la santé publique mais le projet médical d'un établissement de soins. L'incitation est une rémunération qui comporte une part variable dépendante d'objectifs contractualisés. Cependant, confronté à de réelles difficultés pourquoi choisir dans un hôpital un dispositif de PAP individuel ? Là encore, des objectifs louables sont affichés. En référence à une récente interview de Mr P. Esteven (Phare N° 50 – p16, Septembre 2009), il est possible d'en lister un certain nombre : la fin du mercenariat ; la reconnaissance du talent et de l'engagement ; le respect des engagements... beaucoup des praticiens hospitaliers reconnaissent leurs attentes dans ces objectifs. Cependant, ceux-ci n'imposent pas un contrat personnel négocié dont la rémunération individuelle est liée aux résultats de l'établissement. Qu'apporte un contrat individuel qui justifierait de prendre le risque de la destruction d'un travail d'équipe ?

### **C'est l'appât du gain plus que la qualité des soins qui poussent à accepter le contrat de clinicien hospitalier**

En effet, une contractualisation individuelle au sein d'une équipe de soins, porteuse de processus nécessairement complexe et collaboratif, pose un problème majeur d'organisation du travail. Quelles sont les activités de soins dont un médecin hospitalier isolé pourrait se prévaloir ? Même des actes techniques pointus bénéficient de l'environnement hospitalier et collectif. Les encadrements et productions de travaux académiques ou de recherche sont souvent cités. Les financements MERRI (Mission Enseignement Recherche, Recours, Innovation) permettent alors assez naturellement de financer des contrats et leurs parts variables. Mais c'est aussi du temps qui n'est pas consacré à l'activité de soins, activité que les autres praticiens souvent statutaires, devront bien assurer. N'aurait-il pas été plus simple, sûrement moins onéreux, de reconnaître qu'un praticien hospitalier ne doit pas voir son travail résumé à sa seule activité de soins ? Ou bien de légitimer qu'il est aussi un acteur engagé dans la production de savoirs ou dans l'élaboration de la stratégie de soins de son établissement ? C'est-à-dire d'admettre le concept de « valence » défendu de longue date par le SNPHAR-E et son intersyndicale AVENIR HOSPITALIER.

Une conclusion provisoire pourrait être celle formulée par ceux qui ont expérimenté le dispositif en UK : « Le P4P est une opportunité pour auditer les pratiques professionnelles. L'incitation est utile pour homogénéiser les pratiques et recueillir des informations avec l'espoir d'obtenir quelques améliorations sur la santé »<sup>11</sup>. Finalement, ce qui compte et qui est attendu, c'est **l'impact sur l'organisation des soins**. Ainsi, la diffusion du P4P ne serait-elle pas une des composantes d'une stratégie alternative dont l'objectif ne pourrait pas être énoncé ? Est-ce que le dispositif du clinicien hospitalier ne s'inscrirait pas dans même cette perspective ? **Son objectif ne serait-il pas l'individualisation de l'acteur de soin, le préalable à sa transformation en acteur d'un marché de la santé.**

Pour finir, une question reste posée : ça ne marche pas et pourtant l'extension du P4P continue. Pour la promotion du P4P, nous retrouvons le même cortège de bénéficiaires, les chantres d'une modalité particulière de l'évaluation : les consultants et officines qui définissent les normes pour les professionnels et pour qui l'extension du P4P est source de profits. Sans cette forme d'évaluation, il n'est en effet pas possible de calculer une valorisation financière incitative et individuelle qui occulte les soins de qualité. **Toutes ces modalités ont en commun un dispositif d'évaluation individuelle de la performance du professionnel ; et le praticien qui refuserait le P4P et l'évaluation de son activité serait stigmatisé dans un monde dominé par l'obsession de l'efficience.**

<sup>11</sup> Improving health through the GP pocket? Assessing the development and impact of pay-for-performance on general practice in the UK. Dr Andrew Wallace- NIHR SDO program - <http://www.sdo.nihr.ac.uk/sdo2072007.html>

