

Le CAPI : résister ou capituler !

La formation médicale continue prise en étau entre idéologie de la performance et concept de compétence, une rupture avec un exercice éthique ?

Philippe Cornet,
membre de la SFTG,
faculté de médecine
Pierre et Marie Curie
Paris 6

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie propose aux praticiens libéraux une démarche d'évaluation des pratiques sous le sigle CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles). En contrepartie, les médecins peuvent espérer un surcroît de rémunération annuelle. Le principe du CAPI est un avatar de la culture néolibérale de la performance. Son principe est que la qualité d'une procédure se mesurerait à l'aide d'indicateurs censés être pertinents, affranchis des variations individuelles des situations, pour une situation modélisée ayant valeur de référence. Toute action qui s'approche au plus près du modèle est jugée performante. Le plus souvent, l'individu assujéti au principe de la performance reçoit en contrepartie une prime financière proportionnelle au degré d'adéquation de sa réussite au modèle, la norme étalon. Dans le cadre du CAPI, l'amélioration des pratiques de soin adhère à l'ensemble de cette idéologie. La performance sera jugée d'autant meilleure, et la rémunération d'autant plus forte, que les indicateurs de pratique du médecin seront proches de la norme étalon, ce qui permet de le décliner sous la forme de :

Plus Je CAPIte, tu CAPItes, il CAPIte,...

Et plus je capitalise, tu capitalises, il capitalise...

Le modèle répond à des critères le plus souvent économiques de productivité : pénétration de marchés, amélioration des rendements, anticipation des mouvements boursiers, articulation d'interdépendance des tâches de production d'objets ou de services, aménagement des horaires et des postes de travail. L'exemple du sportif de compétition n'échappe pas à cette modélisation lorsqu'il est étalonné par la performance métrique ou chronométrique. Nous apercevons le glissement opéré entre la notion de technique (techne) qui rationalise les moyens en vue de la réalisation d'un objectif, ici à l'évidence économique, et la pratique (praxis) qui s'ancre dans la relation à des fins de résolution des problèmes humains. J. Habermas propose la distinction suivante entre technique et pratique : la pre-

mière désigne l'action mettant en œuvre des moyens en vue de la réalisation d'une fin, la seconde l'action exercée dans le rapport à l'autre, qui n'a d'autre fin que son accomplissement¹. Entre le premier et le second, il s'opère un changement complet de paradigme. Dans la pratique, le sujet revient au centre de l'action aux seules fins de sa « vie bonne » selon Aristote.

Ne pas confondre performance et compétence

Notre expérience au sein de la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) nous invite à comparer les objectifs de la formation médicale continue (FMC) à ceux du CAPI. Cette approche contradictoire permet d'éclairer la confusion entretenue entre ce qui relève de l'idéologie de la performance et le concept de compétence. La compétence se définit comme un « savoir agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'un ensemble de situations données dans un temps et un contexte social déterminés »². Si nous nous risquons à un exemple trivial, il faudrait imaginer un vendeur d'automobiles recevant un couple de retraités qui souhaite acquérir un nouveau véhicule. A la fin de l'entretien, les acheteurs signent pour l'achat d'un véhicule plus cher, dont les caractéristiques techniques sont excessives par rapport à leurs besoins, le vendeur a été persuasif, il a été performant, l'action s'est conclue dans l'intérêt du vendeur. A l'inverse, s'il oriente les acheteurs vers un véhicule d'occasion qui apporte des garanties supplémentaires de sécurité par rapport à un véhicule neuf, mais correspondant au budget du couple, le vendeur n'a pas gagné plus d'argent, il a orienté ses acheteurs en fonctions de leurs besoins réels en mettant à leur disposition ses connaissances professionnelles ; le vendeur a fait preuve de compétence, l'action s'est faite aux bénéfices des acheteurs. Prescrire une HbA1c régulièrement dans le suivi d'un diabète ne renseigne en rien de l'usage qui en sera fait dans la relation de soin avec le patient : on peut être en droit de s'interroger sur la pertinence de ce dosage à un moment précis ? Existe-t-il d'autres priorités ?

¹Formation initiale,
Formation continue
²Éthique
³Pratique médicale
⁴Revenu, Rémunération soignants,
à l'acte, forfaitaire, TZA

« Le modèle répond à des critères le plus souvent économiques de productivité. »

Faut-il omettre transitoirement ce dosage du fait des conséquences que cela aurait ? La pratique s'éclaire d'une réflexion plus large et plus complexe dans laquelle les indicateurs trouvent ou non leur place au sein d'une stratégie globale de l'accompagnement thérapeutique. Ils ne sont plus une fin, mais un simple moyen.

La formation médicale continue n'a pas choisi d'entraîner les médecins dans une voie unique de la performance, considérant que la seule prise en compte des indicateurs, soumis par ailleurs à la critique de leur pertinence³, ne peut satisfaire à sa mission. Si elle ne néglige pas les problématiques économiques de la pratique, elle l'intègre dans un espace plus global prenant en compte la dimension subjective de la maladie. L'exercice se fait alors au bénéfice du patient, le praticien, en retour, y trouve une satisfaction professionnelle.

L'acte tarifé et le libéralisme

Beaucoup d'activités indexent la rémunération à la prestation sur des critères variés dont : la loi des marchés, la notoriété, la durée, la difficulté de la tâche et bien d'autres paramètres qui souvent s'additionnent. Le niveau de rémunération sera d'autant plus élevé que ces critères sont nombreux, notion quantitative, ou requièrent de l'expertise, notion qualitative. Ce type de contrat est fréquent chez les commerçants et les professions de service. C'est un pur produit de l'économie libérale qui lie la rémunération à la prestation. Ce lien économique produit un effet social de représentation qui conduit à confondre la qualité de la prestation avec la hauteur de son prix. Devant ce constat, comment appréhender la situation d'un acte médical tarifé à prix unique, quelle que soit la difficulté du problème, la qualité du médecin, la durée de la consultation, la complexité des réponses à apporter ? Deux voies se proposent à notre analyse : soit on dissocie la rémunération du contenu de l'acte en considérant que son prix n'est que le reflet direct de ce qu'une société consent ou peut consacrer au budget de la santé. Cette position permet de rompre avec le modèle libéral du lien entre la qualité de ce que le médecin produit, et l'argent qu'il perçoit en retour. Soit, de vouloir maintenir ce lien et de trouver une échappatoire en acceptant de considérer qu'une performance mérite un surcroît de rémunération, dont l'exemple type et caricatural est la situation des traders des

places financières. Le « bien faire » se tarife au-delà d'un forfait de base qui serait limité au « faire ». A qui cela profite-t-il ? A l'évidence au praticien qui trouve dans le dispositif une rémunération complémentaire, en contrepartie d'un engagement à respecter des indicateurs de performance, mais aussi à la Caisse d'Assurance Maladie qui en espère des économies. Le patient a-t-il toujours un bénéfice à ce dispositif ?

Le CAPI, la rupture avec la morale et l'éthique

Comment considérer la tentation d'abandonner, voire de refuser, un patient dont les comportements ne seraient pas en conformité avec les objectifs définis par les indicateurs au seul motif que la performance du médecin s'en trouverait réduite, et la rémunération complémentaire menacée ? Peut-on considérer comme morale la perspective d'une prime d'incitation à des objectifs, alors que ces derniers sont implicitement définis dans les fonctions du médecin en contrepartie de la rémunération de l'acte ? Comment pourrions-nous imaginer à l'aune de ce dispositif une rémunération complémentaire pour les anesthésistes, les chirurgiens, les psychiatres, quels seraient les indicateurs de performance que la Caisse Primaire leur proposerait ? L'analyse des inégalités sociales de santé conduit à constater que des patients au sein de populations fragiles ne bénéficient pas d'un accès égalitaire aux soins, que l'information sur le dépistage et la prévention est moins comprise, que l'incidence des maladies graves et le risque de mortalité prématurée sont plus élevés. Patients qui, précisément, sont les moins faciles à accompagner dans un projet de soin, qui suscitent le plus d'attention pour des résultats souvent plus décevants, qui mobilisent davantage le médecin avec parfois de longues périodes d'échappement à la règle des bonnes pratiques médicales. Devrions-nous les laisser au bord du chemin de la performance ? Empêcheurs de « CAPIter » en rond ! Ne CAPItulons pas devant les seules sirènes de la capitalisation ! Résistons. —

« Ne CAPItulons pas ! »



1. Séminaire SFTG : « Secret professionnel et éthique de la décision », Paris septembre 2010
2. Collectif des enseignants universitaires généralistes d'Ile-de-France, 2011. Non publié.
3. Magnier AM, « CAPI le pour et le contre », SFTG, 2010. Non publié.