



XVème université d'été de la CSMF
18/19/20 septembre 2009 - Cannes

Après les réformes, les nouveaux défis de la médecine libérale

Samedi 19 septembre 2009

Table ronde Industries du Médicament Le Capi est-il un danger ? Synthèse

Intervenants : Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général de l'UNCAM, Patrick BOUET, Délégué Général aux Relations Internes du CNOM, Michel CHASSANG, Président de la CSMF, Philippe TCHENG représentant Christian LAJOUX, Président du LEEM, PDG de Sanofi Aventis, Robert DAHAN, PDG d'Astra Zeneca, Christian DELEUZE, PDG de Daiichi Sankyo
Animateur : Sylvie FONTLUPT, Consultante en charge de la communication de la CSMF

Table ronde avec les intervenants

Sylvie FONTLUPT souligne en introduction que, bien que le volet du CAPI fasse l'objet de trois recours – du Conseil de l'Ordre, des syndicats de médecins et des industriels du médicament –, l'assurance maladie poursuit imperturbablement le déploiement des contrats, en s'appuyant sur une « stratégie commerciale digne des plus grands groupes ».

Pourquoi l'assurance maladie a-t-elle mis en place le CAPI ? Frédéric VAN ROEKEGHEM explique que l'assurance maladie a pris conscience que le moteur de la croissance des dépenses de santé était d'abord les pathologies chroniques et aggravées (qui représentent les deux tiers des dépenses de santé). Prenant l'exemple du diabète, Frédéric VAN ROEKEGHEM évoque les facteurs sur lesquels l'assurance maladie peut agir et ceux sur lesquels elle ne peut pas agir. Entre 2001 et 2007, des progrès ont été réalisés sur de nombreux points, mais des recommandations sont encore insuffisamment et inégalement appliquées. De fait, l'absence de médecin traitant n'a pas aidé à progresser sur le préventif. Les diabétiques qui reçoivent des soins de prévention recommandés sont, en France, au plus bas niveau de tous les pays qui ont participé à une étude diligentée par The Commonwealth Fund. Les études comparatives montrent que les marges de manœuvre en France sont encore importantes. L'assurance maladie s'est donc fixée pour objectif de développer la prévention, de mieux suivre les malades chroniques et de reconnaître par des incitations financières l'engagement des médecins dans cette démarche.

L'amélioration dans le suivi des pathologies chroniques ne pourrait-elle pas passer par la formation ? Frédéric VAN ROEKEGHEM considère que le CAPI n'est pas exclusif des autres solutions. Il souligne que le CAPI est un outil qui est médicalement de bonne qualité. Il se dit surpris de la rapidité avec laquelle les

médecins traitants se sont engagés dans cette démarche (plus de 9 500 CAPI signés aujourd'hui).

Qui sont les « capistes » ? Frédéric VAN ROEKEGHEM répond qu'un « capiste » est un médecin comme un autre, un peu meilleur sur les indicateurs du CAPI que la moyenne, l'assurance maladie s'étant plutôt adressée dans un premier temps à ceux qui obtenaient de bons résultats. Le CAPI est un instrument qui veut valoriser à la fois le progrès et les résultats.

Le CNOM, qui a déposé un recours contre le CAPI auprès Conseil d'Etat, conteste à la fois le fond, la forme et la méthode. Sur le fond, l'indépendance de la décision médicale, la relation de confiance entre le médecin et son patient et la non-discrimination sont des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine, qui lui semblent mis à part par le CAPI. Sur la forme, une contractualisation individuelle ne peut remplacer une procédure de formation, d'évaluation et d'optimisation de l'activité des professionnels. Sur la méthode, dès lors que la démarche est de nature commerciale (recrutement de contrat), tout recruteur va recruter ce qui est aisément démontrable. Pour le CNOM, la solution de la contractualisation individuelle ne correspond pas aux critères déontologiques car elle aboutit à un intéressement fondé sur un certain nombre de résultats. Le CNOM accordera toujours une plus grande valeur à un engagement collectif d'une profession. Revenant sur la relation de confiance entre le médecin et son patient, Patrick BOUET précise qu'il est nécessaire, pour le CNOM, que le patient soit informé de la nature du contrat qui a été signé par le professionnel.

Le CNOM espère que le Conseil d'Etat décèlera dans le CAPI une incompatibilité déontologique. Pour le CNOM, la voie à suivre n'est pas celle d'une contractualisation individuelle avec un intéressement direct du praticien. Frédéric VAN ROEKEGHEM revient sur la notion de contrat individuel. Si le point de départ est adapté à la situation individuelle, les objectifs du CAPI et la règle de rémunération sont communes, ce qui ménage la possibilité de le généraliser par la voie conventionnelle. L'assurance maladie a veillé à ce que le CAPI soit assimilable à une option conventionnelle, même s'il n'a pas été négocié en tant que tel. Elle n'a pas l'ambition qu'un contrat de ce type se substitue à la formation professionnelle : Frédéric VAN ROEKEGHEM tient à lever toute ambiguïté sur ce point. S'agissant du recrutement, il lui paraît légitime de reconnaître les professionnels qui ont consenti un effort en matière de prévention. Sur l'information des patients, Frédéric VAN ROEKEGHEM souhaiterait que le CNOM aille au bout de son raisonnement et que les patients soient informés de tous les contrats qui peuvent procurer un engagement individuel (relations entre les laboratoires pharmaceutiques et les praticiens).

Quels sont les reproches adressés par la CSMF au CAPI ? Quels risques fait-il courir aux médecins ? Michel CHASSANG rappelle tout d'abord que le CAPI est une disposition législative : il souhaiterait que les parlementaires présents dans la salle donnent leur avis sur le sujet. Michel CHASSANG reconnaît que l'assurance maladie a réalisé des progrès significatifs en matière de communication : elle a su « vendre » ce dispositif avec une grande habileté et elle a su communiquer sur cette vente. Cela dit, même si 8 000 voire 10 000 médecins ont signé le CAPI, ils ne sont pas 55 000 : tous les médecins ne sont donc pas « convertis ».

La CSMF, précise Michel CHASSANG, n'est pas défavorable à une certaine individualisation sur des objectifs de santé publique et de prévention. Elle n'est pas

hostile non plus à ce que cette individualisation entraîne des conséquences : Michel CHASSANG salue la démarche choisie par l'assurance maladie de privilégier la « carotte » sur les sanctions (mais peut-être n'est-ce que dans la première version). La CSMF pense que ce contrat est très dangereux, car il s'agit de mettre en place un contrat individuel. Certes, pour l'instant, le CAPI est un contrat-type, mais la loi permet qu'il soit un contrat individualisé. Pour Michel CHASSANG, un contrat individuel est incompatible avec l'existence d'un financeur unique, car il place le médecin seul face à l'assurance maladie. Ce CAPI met en péril l'avenir du système conventionnel national. La CSMF pense donc qu'il faut changer de cap, en saisissant l'opportunité de la négociation d'un nouveau cadre conventionnel : elle propose d'instaurer à cette occasion quatre niveaux de rémunération avec, en complément de la rémunération traditionnelle, les forfaits correspondant à l'exercice de missions, les rémunérations pour des engagements de santé publique et de prévention et les rémunérations liées à des objectifs d'efficacité.

Frédéric VAN ROEKEGHEM souligne que le CAPI est un dispositif volontairement incitatif : il s'agit « d'incitations pour prescrire mieux et non de sanctions pour prescrire moins ». Il a défendu auprès du conseil de l'UNCAM une orientation tendant à généraliser les nouveaux modes de rémunération des médecins (liés à des résultats en matière de santé publique, de prévention et de performance) : il faut saisir l'opportunité de la prochaine négociation conventionnelle (qu'il espère ouvrir avant fin septembre). Il lui semble que la loi HPST prévoit la possibilité de mise en cohérence entre la convention et la contractualisation régionale.

Comment le CAPI peut-il constituer un obstacle à l'innovation ? Robert DAHAN, qui a commencé sa carrière en tant que directeur du développement, estime que le texte sur le CAPI considère qu'il n'est plus nécessaire de réaliser des progrès thérapeutiques dans un certain nombre de domaines (antibiotiques, antihypertenseurs, antidépresseurs, etc.). Par ailleurs, en tant que chef d'entreprise, il souligne qu'une performance doit se fonder sur une évaluation, qui elle-même doit se fonder sur des critères. Le choix des critères est donc crucial. Dès lors que des critères sont liés à des objectifs de santé publique, il est possible de procéder à une évaluation médicale et d'apprécier une performance. A partir du moment où des critères sont liés à des objectifs qui n'ont rien à voir avec la santé publique, la mission d'un médecin s'en trouve entièrement redéfinie.

Enfin, si au cours du temps, la valorisation d'un médicament est remise en cause, il appartient de nouveau au CEPS de prendre en considération cette réévaluation et de redéfinir un prix de médicament : en ce sens, il n'est pas possible de dire que le prix des médicaments est dissocié de la valeur qu'ils apportent. Or, pour Robert DAHAN, le CAPI est en contradiction avec la politique de régulation du prix des médicaments.

Philippe CHENG est sceptique sur l'adhésion à long terme des médecins au CAPI. Il se demande si l'assurance maladie ne se trompe pas de cible. La stratégie thérapeutique se décide souvent dans des conditions compliquées : il voit mal le médecin consulter à chaque fois son ordinateur pour savoir où il en est de sa prescription. Philippe TCHENG constate que le droit de substitution princeps/générique au niveau des officines s'est révélé d'une redoutable efficacité. Pourquoi demander aux médecins de faire aujourd'hui un travail qui est effectué par les pharmaciens ?

Il pense également qu'il existe une asymétrie dans les techniques de vente et de

communication. Concernant les antibiotiques, il témoigne que son entreprise a abandonné la recherche d'antibiotiques, ce qui est préoccupant. S'agissant des indicateurs retenus pour le CAPI, Philippe TCHENG pense nécessaire de se fonder sur l'« *evidence based medicine* ».

Christian DELEUZE craint pour sa part « le glissement vers le tout économique ». En tant que de patient, il pense qu'il a le droit de savoir ce que son médecin fait. En tant que médecin, il prône la formation collective. En tant que laboratoire, il est contrarié d'avoir à payer le 13^{ème} mois des médecins généralistes (financement du CAPI sur le volet « médicament »). Il lui semble que le CAPI est fondé sur des critères médico-économiques plutôt que sur des critères médicaux. En outre, ce dispositif met à mal le respect de la propriété intellectuelle.

Sylvie FONTLUPT demande si des médecins se sont déjà désengagés du CAPI.

Frédéric VAN ROEKEGHEM indique que l'assurance maladie est évidemment favorable à ce que le progrès médical puisse se diffuser. Il a toujours été dit qu'en cas d'innovation thérapeutique, le CAPI pouvait évoluer. Sur l'antibiothérapie, la France est dans une situation particulière, puisque les excès ont conduit les autorités à réduire la prescription pour essayer de contrer la résistance aux antibiotiques. La raréfaction de la recherche dans le domaine de l'antibiothérapie est antérieure à la mise en place du CAPI. L'assurance maladie a essayé d'objectiver l'ensemble des indicateurs du CAPI. Avec le CAPI, elle poursuit notamment l'objectif d'introduire la hiérarchisation de la prescription. Par ailleurs, l'assurance maladie a anticipé sur la certification des délégués et celle de la visite. Quant aux fiches, elles sont cohérentes avec l'accord de bon usage négocié avec les syndicats de médecins et approuvé par la Haute Autorité de Santé. Frédéric VAN ROEKEGHEM répète que la CNAM est favorable à la transparence sur tous les contrats qui lient le médecin. Enfin, il rappelle que tous les indicateurs retenus par l'assurance maladie sont alignés sur la loi de santé publique.

Robert DAHAN met en garde contre les transpositions hâtives de dispositifs étrangers dans le système français. Il le répète, le CAPI ne réglera pas le problème du volume des prescriptions. Ce volume doit être réglé par le bon usage, c'est-à-dire la bonne utilisation d'un antibiotique pour le bon patient au bon moment. Par ailleurs, en France, le prix de service est régulé. Cette particularité doit être rappelée pour éviter de biaiser les comparaisons. Pour Robert DAHAN, le nouveau médicament dans une classe donnée devra s'intégrer dans une logique de convergence de prix et dans une logique de volume très faible, ce qui est impossible.

En conclusion, Patrick BOUET tient à préciser que l'Ordre ne dit pas que la transposition du CAPI dans la convention règlera tous les problèmes. Michel CHASSANG remarque que le volet efficience est celui qui pose le plus de problèmes. Il conseille à l'assurance maladie de ne pas chercher à construire un dispositif toute seule sans avoir l'aval de ses partenaires : il réitère donc son invitation à saisir l'occasion de la prochaine négociation conventionnelle pour aller dans la bonne direction. Frédéric VAN ROEKEGHEM considère que le CAPI va dans la bonne direction. La question d'intéresser l'ensemble des médecins dans un cadre régulé se pose : Frédéric VAN ROEKEGHEM a défendu cette option, mais celle-ci ne peut pas être décidée seule. Sur ce sujet, il doit se retourner vers le Parlement pour obtenir son autorisation. Maintenant, il croit que le CAPI peut évoluer dans le temps. Il n'est pas

opposé à l'innovation. Dans d'autres pays, la régulation du médicament est plus brutale qu'en France. Au total, Frédéric VAN ROEKEGHEM n'a pas l'impression que le CAPI soit un danger pour l'industrie pharmaceutique. Philippe TCHENG considère que le CAPI n'est qu'un succès apparent. En effet, l'intérêt des médecins risque de retomber assez vite. Par ailleurs, ce dispositif est parvenu à créer un consensus inédit entre l'Ordre des médecins, les syndicats professionnels et les entreprises du médicament. Christian DELEUZE suggère pour sa part à Frédéric VAN ROEKEGHEM de financer ses prochaines mesures en mettant à contribution les faiseurs de maladies plutôt que sur les faiseurs de médicaments.

Débat avec la salle

Yves BUR (député) rappelle que la loi a prévu les dispositions qui permettent de mettre en œuvre le CAPI, pour rester dans le cadre d'une maîtrise médicalisée. Collectivement, les engagements pris depuis 2004 n'arrivaient pas à être réalisés. Par ailleurs, il pense qu'avec la loi HPST, une grande partie des acteurs du système de santé devra s'inscrire dans des contrats. Il entend qu'un certain nombre de réticences s'expriment, mais il s'interroge : « Comment se fait-il que 10 000 médecins aient franchi si facilement le pas ? » Il faut s'interroger sur le décalage qui peut exister entre les attentes de la base et les prises de position des syndicats. Il espère que le CAPI sera intégré dans le cadre conventionnel.

Guy LEFRAND (député) pense qu'il est nécessaire de rajouter des protections supplémentaires, de manière à intégrer le CAPI dans les conventions. Par ailleurs, la crédibilité des recommandations lui apparaît comme un élément majeur. Les médecins doivent homogénéiser leurs pratiques autour de recommandations, d'où l'intérêt de disposer de recommandations absolument fiables. Il aimerait que ces recommandations émanent d'autorités scientifiquement reconnues et totalement indépendantes.

Pourquoi les médecins ont-ils adhéré au CAPI ? Pour Arnaud CASTETS, la raison est simple : le CAPI est le seul moyen d'avoir un espoir de revalorisation en médecine générale. Il trouve surprenant que l'assurance maladie cache la liste des signataires du CAPI : cette liste devrait être portée à la connaissance des patients.

Frédéric VAN ROEKEGHEM promeut la transparence pour « tous » les contrats. Arnaud CASTETS n'est nullement gêné par la transparence totale. Par ailleurs, la liberté du patient lui semble remise en cause par la vaccination contre la grippe.

Frédéric VAN ROEKEGHEM répond que la vaccination grippale est une recommandation et non une obligation. Une vaccination n'est efficace sur le plan de la santé publique qu'à partir d'un certain pourcentage de personnes vaccinées. Le CAPI procède de la même logique.

Luc DUQUESNEL estime que le secteur 1 devient un véritable ghetto : il n'est donc pas étonnant que les médecins aient adhéré en nombre au CAPI. Par ailleurs, sur le volet efficience, il trouve aberrant que les médecins soient démarchés à la fois par des visiteurs médicaux de laboratoire et par des délégués de l'assurance maladie pour des objectifs contradictoires. Enfin, le CAPI risque, à son avis, de conduire à pénaliser non seulement les médecins mais également les patients.

Frédéric VAN ROEKEGHEM fait remarquer que, dans le CAPI, aucune rémunération n'est donnée sur des résultats de santé. La plupart sont des engagements de moyens.

Un participant évoque les évolutions à venir consécutives à la mise en place des ARS, à la mise en place des SROS ambulatoires (qui deviendront opposables) et à la convention qui est en cours de discussion. Un bon médecin ne peut pas être contre le CAPI dans son premier volet. Quant au deuxième volet, il ne peut pas être approuvé par les syndicats puisqu'il instaure un contrat individuel. Qui aura le contrôle médical ? L'assurance maladie ou les ARS ? Que se passera-t-il si le contrat signé n'est pas respecté ? Enfin, concernant les médicaments, il lui paraît important de relancer l'innovation, notamment dans les antibiotiques. Donner des pourcentages de prescription de génériques ne lui apparaît pas comme la bonne solution.

Un autre participant estime que la répartition du comité du médicament est mal faite : le financeur n'a manifestement pas un poids suffisant par rapport à ceux qui fixent le prix des médicaments. Les médecins doivent se baser sur des référentiels et influencer sur le comportement des patients. Au total, il ne pense pas que le CAPI contribuera à combler le déficit de la sécurité sociale.

Un médecin généraliste ne comprend pas pourquoi le CAPI a été proposé prioritairement à ceux qui avaient les meilleurs résultats. S'adressant à M. BUR, il souhaiterait que tous les contrats soient respectés : le secteur optionnel voté en 2004 n'est toujours pas en place et la reconnaissance de la médecine générale comme une vraie spécialité n'a pas été mise en place au niveau des honoraires.

Dominique PROISY (Picardie) est étonné quand un député, en l'occurrence M. BUR, évoque la maîtrise médicalisée alors que, dans les deux dernières lois de finance, il a tout fait pour que la maîtrise des dépenses soit comptable. Il met en garde les députés contre le risque de « casser la dynamique » en ne laissant pas le temps à une réforme de s'installer. Le C à 23 euros lui semble largement mérité par les médecins généralistes. Le CAPI pose, à son avis, un problème d'équité : en effet, un certain nombre de médecins ne sont pas éligibles au CAPI. Enfin, il n'a pas compris la signification des propos de Frédéric VAN ROEKEGHEM quand il a parlé de la « transparence totale des contrats ».

Gérald GALLIOT souligne que jamais une convention médicale depuis 2005 n'a permis d'obtenir 2 milliards d'euros d'économies et de faire en sorte que les dépenses de santé des soins de ville soient au plus bas.

Un participant fait part de sa crainte que la convention ne soit bafouée d'emblée et que le CAPI ne soit imposé au niveau de la loi.

Philippe TCHENG assure que les payeurs sont très représentés au sein du comité qui fixe le prix des médicaments (CEPS). Par ailleurs, dans un ONDAM aux alentours de 3, le taux directeur pour le médicament a été fixé à 1,4, mais le médicament est à 1 % et connaît une baisse des volumes.

Frédéric VAN ROEKEGHEM indique que le CAPI s'adresse aux médecins qui ont une activité médicale suffisante. Cela dit, l'assurance maladie travaille sur les cas des débuts d'activité et les temps partiels. Sur les conventions, l'assurance maladie est favorable à ce que soit retrouvée une nouvelle dynamique conventionnelle. Il est

clair, que dans une situation des comptes de la sécurité sociale très déficitaire, Frédéric VAN ROEKEGHEM souhaite trouver une réponse en coopération avec l'ensemble des acteurs du monde de la santé (syndicats de médecins et industries du médicament). Cela dit, il est conscient que les choix seront difficiles.