



Inspection générale
des affaires sociales
RM2008-047P

Rapport

sur

Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères

Établi par

M. Pierre Louis BRAS

M. le Dr. Gilles DUHAMEL

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- juin 2008-

Synthèse

L'IGAS a inscrit à son programme de travail, une étude des expériences étrangères (Royaume-Uni, Etats-Unis) qui visent à lier une partie de la rémunération des médecins de ville, essentiellement les médecins de premier recours, à leurs performances.

Au Royaume-Uni, un dispositif de paiement à la performance dit Quality and Outcomes Framework (QOF) fonctionne depuis 2004. Il s'appuie sur des indicateurs qui concernent la qualité clinique, la satisfaction des patients et l'organisation du cabinet. Selon les résultats obtenus au regard de ces indicateurs, le cabinet obtient des points, le nombre de points obtenus détermine un montant de rémunération pour le cabinet médical. Les indicateurs de qualité clinique ont le poids le plus important, 655 points sur 1000 points maximum. Ils retracent les performances du cabinet pour 19 pathologies ; pathologies qui sont des priorités de santé publique et pour lesquelles il est démontré que l'action de la médecine de premier recours est déterminante. Il est possible de distinguer des indicateurs d'organisation (par exemple, disposer d'un registre des patients diabétiques du cabinet), des indicateurs de procédures (par exemple, fréquence des dosages de l'hémoglobine glyquée dans le cas du diabète) et des indicateurs de résultats (par exemple, niveau du dosage de l'hémoglobine glyquée). Les points obtenus reflètent le pourcentage des patients qui obtiennent des soins conformes aux recommandations de la médecine fondée sur les preuves. Le dispositif britannique ne comporte pas directement d'indicateurs d'efficacité, toutefois des dispositifs d'incitation à l'efficacité sont développés par ailleurs (contrat d'optimisation des prescriptions entre les cabinets et les autorités sanitaires décentralisées, intéressement des cabinets sur un budget de soins secondaires).

Les cabinets anglais ont obtenu en moyenne sur les trois premières années plus de 90% des points maximum. Le niveau initial de performance avait été sous estimé, le dispositif apparaît peu exigeant. Le Royaume-Uni consacre des sommes importantes à la rémunération à la performance, environ 1,25 Mds d'euros soit 26% des sommes reçues par les cabinets au titre de la capitation. Le QOF s'est inscrit dans le contexte d'une démarche volontariste de revalorisation de la médecine générale, les revenus annuels des praticiens indépendants ont augmenté de 60 % entre 2002/2003 et 2005/2006, pour atteindre environ 140 000 euros. Il semble que les résultats, en termes d'amélioration des pratiques soient modestes; le QOF aurait permis d'accélérer une tendance à l'amélioration de la qualité pour certaines pathologies. Pour autant, il faut certainement apprécier le dispositif dans la durée : une augmentation progressive des exigences pourrait favoriser une amélioration continue des pratiques.

Aux Etats-Unis, de nombreux programmes de paiement à la performance ont été développés principalement à l'initiative des assureurs privés mais également des Etats dans le cadre de Medicaid. Des expérimentations ont été lancées par Medicare. On dénombre, en 2007, environ 150 programmes de paiement à la performance dont la moitié concerne la médecine de premier recours. Ces programmes sont très divers. Ils valorisent tous les performances cliniques. Certains prennent en compte la satisfaction des patients ou l'efficacité de la pratique. Alors même, qu'au sens strict, l'incitation à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information (NTI) s'assimile à une rémunération des moyens, elle est souvent partie intégrante des programmes de paiement à la performance dans la mesure où la mise en place de ces outils est une condition de la qualité de la pratique. Pour ce qui concerne les indicateurs cliniques, ils sont centrés sur les pratiques préventives et le suivi des malades chroniques. Un effort est réalisé pour développer les indicateurs de résultats et réduire la part des indicateurs de procédures. Les programmes valorisent de plus en plus les progrès dans la qualité de la pratique et pas seulement l'atteinte d'un niveau cible de qualité. Les montants mobilisés restent le plus souvent modestes à l'échelle du médecin. Le médecin américain traite des patients relevant de payeurs multiples ; il est nécessaire que ces derniers se coordonnent pour construire des programmes ayant un impact significatif. Il semble que l'exercice isolé ne favorise pas la mise en place et l'appropriation de la démarche par les médecins, elle semble mieux adaptée à une médecine de groupe.

Peu de programmes ont fait l'objet d'études d'impact avec de solides garanties méthodologiques, les études disponibles concluent en règle générale à un impact positif mais modeste sur la qualité des pratiques. La modestie des résultats peut être mise en regard de la modestie de la part de la rémunération des médecins liée à la performance. Certains promoteurs du paiement à la performance considèrent que financer ainsi l'amélioration de la prise en charge en ville peut s'avérer rentable dans la mesure où cette amélioration se traduirait par une réduction des hospitalisations. La validité de ce modèle économique qui ne vaudrait en tout état de cause que pour les maladies chroniques, n'est pas suffisamment étayée. Il semble toutefois que les promoteurs à l'origine des démarches de paiement à la performance aient l'intention de les poursuivre dans le souci de promouvoir sur le long terme la qualité des pratiques.

Les expériences étrangères montrent que la notion de performance peut être comprise dans une acception plus ou moins large. Elle inclue naturellement la qualité clinique mais y intégrer l'efficacité est plus problématique. Une rémunération en fonction de l'efficacité suscite inévitablement, à tort ou à raison, des questionnements éthiques : le médecin n'est-il pas "acheté" pour réduire les soins ? Ces questionnements éthiques rejaillissent sur la légitimité du dispositif. Aussi il paraît préférable d'exclure des indicateurs d'efficacité d'un éventuel dispositif de paiement à la performance quitte, comme les Britanniques, à développer par ailleurs, si nécessaire, des dispositifs d'incitation à l'efficacité.

Si l'on s'en tient à la qualité clinique, il faut être conscient que le paiement à la performance ne peut en tout état de cause concerner que certains aspects de la pratique médicale. Il peut difficilement valoriser la qualité de la prise en charge des épisodes aigus ou des motifs banals de consultation (grippe, fièvre...). Par ailleurs, il ne peut appréhender ce qui, dans une représentation commune, relève du cœur de l'art médical : l'habileté à poser le bon diagnostic ou à détecter le cas rare sous des signes banals, l'aptitude à agir dans l'urgence ou à prendre la bonne décision thérapeutique dans les situations complexes (poly pathologies...). Autant d'éléments de qualité qui ne peuvent être traduits en indicateurs mesurables.

Le paiement à la performance récompense d'autres facettes de l'exercice clinique : la gestion moyenne d'une population, le respect des standards, l'accompagnement des patients. Il valorise essentiellement l'aptitude des médecins à proposer ou prescrire les traitements conformes aux recommandations de bonnes pratiques et à assurer un accompagnement du patient (rappel, éducation thérapeutique, soutien à la motivation) pour favoriser son observance. Aussi les dimensions privilégiées du paiement à la performance sont le développement des pratiques préventives et la prise en charge de malades chroniques.

Le paiement à la performance ne doit pas être conçu comme une simple "récompense" pour inciter le médecin à adopter de meilleures pratiques; meilleures pratiques qu'il n'adopterait pas spontanément par manque de motivation ou d'attention. Les motivations propres aux médecins (éthique, souci du patient...) sont certainement en elles-mêmes, dans la majorité des cas, suffisantes pour induire une pratique de qualité. Aussi, il paraît plus pertinent de considérer que le paiement à la performance agit comme une incitation à investir adressée aux médecins. Le médecin, du fait de la perspective de gains que constitue le paiement à la performance, pourrait soit travailler plus, soit investir dans sa pratique (recrutement de personnels auxiliaires, acquisition d'outils relevant des NTI) pour améliorer ses résultats.

Il est essentiel par ailleurs que le médecin soumis au paiement à la performance ait la capacité de gérer activement les performances qui sont valorisées. Aussi le paiement à la performance est-il lié à l'utilisation des NTI qui permettent de gérer des registres de patients, des dispositifs de rappel, d'aide à la décision... Il est également lié au travail en équipe, le médecin doit pouvoir s'appuyer sur des collaborateurs pour prendre en charge les démarches induites par le paiement à la performance, notamment pour ce qui concerne l'accompagnement des patients.

Les indicateurs qui servent de base au paiement à la performance doivent être fondés sur des preuves, faire consensus au sein du corps médical, caractériser des résultats qui peuvent être imputés au médecin généraliste, être hiérarchisés en fonction de l'intérêt sanitaire des résultats qu'ils retracent. Un système trop restreint d'indicateurs risque de focaliser l'attention du médecin au détriment d'autres aspects de sa pratique. Les indicateurs de résultats doivent être privilégiés, dans toute la mesure du possible, par rapport aux indicateurs de procédures. Le processus de construction des indicateurs est un élément important de légitimité du dispositif, il doit fournir des garanties scientifiques et associer les praticiens de terrain.

Pour ce qui concerne les modalités de la rémunération à la performance, il est préférable de valoriser l'atteinte de certains niveaux cibles de qualité ainsi que les progrès réalisés. La rémunération à la performance doit représenter une part minimale (environ 10%) de la rémunération globale des médecins pour que le dispositif ait un impact. Cette part minimale doit être mise en regard des investissements attendus du médecin. Si au Royaume-Uni, la mise en place du paiement à la performance s'est accompagnée d'une augmentation significative des sommes consacrées à la médecine générale, la situation de l'assurance maladie ne semble pas autoriser en France une telle générosité. Le paiement à la performance devrait certainement y être financé par l'affectation à ce mode de rémunération des sommes consacrées aux revalorisations de l'acte.

Il est évident enfin qu'un tel dispositif ne peut fonctionner que s'il est légitime aux yeux des médecins. A cet égard sont essentiels : le degré de confiance entre les médecins et les institutions qui mettent en place le système de paiement à la performance, le soutien apporté au dispositif par les leaders médicaux et/ou les institutions représentatives des médecins, la perception que les indicateurs sont pertinents, la simplicité et la clarté du dispositif, la confiance des acteurs dans les données qui servent de support au paiement à la performance.

Sans fonder d'espoirs importants sur les effets, à court terme, d'une telle démarche, il semble raisonnable d'envisager dans une perspective de moyen/long terme son introduction en France, ne serait-ce que parce qu'il est, en tout état de cause, plus pertinent de rémunérer selon la qualité que selon l'activité.

L'analyse du paiement à la performance montre toutefois que les conditions sont loin d'être réunies en France pour l'introduction d'un dispositif de ce type. Le mode d'exercice actuel de la médecine générale est fondé, même dans le cadre de cabinets de groupe, sur l'exercice isolé. Le médecin généraliste travaille lui-même beaucoup (55 à 59 heures par semaine), ne s'appuie pas sur une équipe et notamment des infirmières, s'inscrit plus dans une démarche opportuniste (réponse à la demande du patient) que dans une démarche proactive (gestion de la population), utilise peu les moyens techniques informatiques ou ne les utilise que dans l'optique d'une gestion individuelle du dossier. Aussi la démarche d'investissement dans la qualité de la pratique qui est à la base du paiement à la performance ne bénéficie t'elle pas d'un terrain favorable pour se développer.

Ce constat n'interdit pas d'envisager une introduction de la rémunération à la performance comme le législateur l'a souhaité en inscrivant dans la loi de financement pour 2008, la perspective de contrats individuels ou l'expérimentation de nouvelles formes de rémunération. Il met en exergue les limites de la démarche et doit inciter à une grande vigilance sur les autres dimensions de la réussite de ce type de démarche : la pertinence des objectifs et des indicateurs sélectionnés ainsi que la construction d'un consensus autour de ces indicateurs.

S'engager au-delà d'éventuelles premières initiatives ponctuelles vers un dispositif plus complet de paiement en fonction de la performance sur un mode inspiré de celui mis en place au Royaume-Uni suppose que soient réunies certaines conditions : un consensus sur le fait qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité des soins en ville, un accord des organisations syndicales de médecins pour consacrer à ce mode de rémunération les marges de manœuvre financières aujourd'hui consacrées aux hausses de tarifs, une évolution des modes d'organisation et de rémunération de la pratique telle qu'elle puisse permettre un travail en équipe, notamment avec des infirmières. Il va de soi que la mission n'est pas en mesure d'apprécier si ces conditions sont susceptibles d'être réunies à plus ou moins long terme.

Si elles l'étaient, il conviendrait de se livrer à un exercice de bilan sur la qualité des pratiques en médecine de ville pour déterminer les domaines autour desquels devraient s'organiser un éventuel dispositif de paiement à la performance et se prononcer sur les indicateurs pertinents. Un tel exercice, par nature complexe, suppose de réunir des cliniciens, des experts de santé publique, des praticiens de terrain, des représentants des personnes malades. La HAS, en collaboration avec l'INPES, semble être l'institution disposant des moyens et de la légitimité pour conduire une telle démarche. Il faudra certainement, par ailleurs, accepter de rémunérer dans un premier temps les médecins, non en fonction de leurs performances, mais pour qu'ils mettent en œuvre les outils informatiques nécessaires tant pour collecter les données nécessaires pour le dispositif que pour gérer activement les performances sur lesquelles ils sont rémunérés. Une articulation avec les évolutions du dossier DMP mériterait, dans cette hypothèse, d'être construite.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	9
LE PAIEMENT A LA PERFORMANCE AU ROYAUME-UNI	11
1. LE CONTEXTE	11
1.1. <i>La politique de santé au Royaume-Uni</i>	11
1.2. <i>L'organisation des soins primaires aux Royaume-Uni</i>	11
2. LE DISPOSITIF DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE	13
2.1. <i>Origine du dispositif et objectifs</i>	13
2.2. <i>Le dispositif de paiement à la performance</i>	14
3. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, COUTS ET RESULTATS.....	18
3.1. <i>Les résultats mesurés par le dispositif</i>	18
3.2. <i>Les dépenses</i>	18
3.3. <i>Les résultats, l'influence sur les pratiques</i>	19
LE PAIEMENT A LA PERFORMANCE AUX ETATS-UNIS	21
1. CONTEXTE.....	21
1.1. <i>L'organisation des soins et de l'assurance maladie</i>	21
1.2. <i>Des préoccupations liées aux coûts et à la qualité</i>	22
2. LES DISPOSITIFS	23
2.1. <i>Perspective générale</i>	23
2.2. <i>Le paiement à la performance dans les Health maintenance organizations (HMO)</i>	24
2.3. <i>L'expérience californienne d'Integrated healthcare</i>	26
2.4. <i>Bridges to excellence</i>	27
2.5. <i>Les initiatives publiques au sein de Medicaid</i>	28
2.6. <i>Les expérimentations de Medicare</i>	29
3. LES PREMIERS RESULTATS	31
4. PERSPECTIVES AUX USA	32
LES QUESTIONS POSEES PAR LE PAIEMENT A LA PERFORMANCE	35
1. QUELLE PERFORMANCE : QUALITE CLINIQUE, RELATION AVEC LES PATIENTS, EFFICIENCE ? ...	35
1.1. <i>La qualité des relations et la satisfaction des patients</i>	35
1.2. <i>L'efficience</i>	36
2. LES DIVERSES DIMENSIONS DE LA QUALITE CLINIQUE	37
3. QUELLE ARTICULATION ENTRE LES INCITATIONS ET LES PROGRES DE LA QUALITE ?	38

4. QUELLES CAPACITES A GERER LA QUALITE ?	39
5. GESTION DE LA PERFORMANCE ET DOSSIER MEDICAL PERSONNEL.....	40
6. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, LEGITIMITE, ADHESION ET MOTIVATION DES MEDECINS.....	40
7. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET ATTITUDE DES REPRESENTANTS DES MEDECINS.....	41
8. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET EQUITE SOCIALE	43
9. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET CONCEPTION DES INDICATEURS CLINIQUES.....	44
9.1. <i>Le processus de construction des indicateurs</i>	44
9.2. <i>L'ampleur du champ couvert par les indicateurs.</i>	45
9.3. <i>Equilibre et pondération du poids donné à chaque indicateur</i>	46
9.4. <i>Imputabilité des résultats aux praticiens</i>	47
9.5. <i>Indicateurs de procédures ou de résultats ?</i>	47
9.6. <i>Indicateurs et prise en compte des besoins exprimés par les patients</i>	48
9.7. <i>Piste d'indicateurs pour la France</i>	48
10. MODALITES DU PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET DEGRE D'EXIGENCE.....	49
10.1. <i>Les modalités de la rémunération de la performance</i>	49
10.2. <i>Le degré d'exigence</i>	50
11. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, COLLECTE DES DONNEES ET CONTROLE	51
12. QUEL NIVEAU DE REMUNERATION A LA PERFORMANCE ?	52
13. QUEL MODE DE FINANCEMENT POUR LA REMUNERATION A LA PERFORMANCE ?	53
14. SYNTHESE DES APPRECIATIONS ET FACTEURS DE SUCCES.....	54
LES ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE.....	57
1. DE L'OPPORTUNITE D'IMPLANTER UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE EN FRANCE. ..	57
1.1. <i>Ne pas céder à un économisme réducteur</i>	57
1.2. <i>Les limites d'une simple transposition</i>	57
1.3. <i>Des résultats immédiats modestes</i>	59
2. LES ELEMENTS DE PREFIGURATION DU PAIEMENT A LA PERFORMANCE DANS LE SYSTEME FRANÇAIS.....	59
2.1. <i>Les objectifs individualisés de l'avenant 23</i>	60
2.2. <i>Les contrats de bonne pratique et leur "rajeunissement" par la loi de financement pour 2008</i>	60
3. INTRODUIRE RAPIDEMENT DES ELEMENTS DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : LA STRATEGIE DES PETITS PAS.	61
4. METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : UNE LOGIQUE DE PROJET A MOYEN TERME	63
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	65

Introduction

"Je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de la même sorte..."

Molière, *Le médecin malgré lui*, acte III, scène I

L'Inspection Générale des Affaires Sociales a inscrit à son programme, approuvé par les ministres, une étude des expériences engagées à l'étranger pour lier la rémunération des médecins à leurs performances. Cette étude a paru pertinente parce que cette articulation rémunération/performance semblait connaître un développement dans les pays anglo-saxons et constituer un élément important de politiques plus globales de promotion de la qualité et/ou de recherche de l'efficience. Plus précisément, dans un précédent rapport¹, le paiement à la performance était apparu comme un outil pour améliorer la prise en charge des malades atteints de pathologies chroniques ; il peut notamment être utilisé pour inciter les cabinets médicaux à adopter une attitude proactive vis à vis de ces patients. Il a donc semblé utile de tenter de faire le point sur les expériences engagées dans ce domaine aux Etats-Unis et au Royaume-Uni en vue d'en tirer des enseignements éventuels pour la France.

Cette intérêt était, par ailleurs, conforté par la vogue croissante de l'idée d'individualisation des rémunérations. Développée dans les entreprises, l'individualisation des rémunérations est évoquée comme une perspective dans le champ du service public où elle était traditionnellement moins prégnante du fait de la difficulté à apprécier et à individualiser les performances. Le développement du "salaire au mérite"² est présenté comme une voie de modernisation de l'administration. L'extension progressive des activités concernées par l'individualisation des rémunérations conduit logiquement à s'interroger sur son application à l'activité médicale où les rémunérations sont communément individualisées en fonction de l'activité mais ne le sont pas ou peu selon les performances.

De plus, la perspective d'introduire un lien entre rémunération et performance en médecine renouvelle le débat traditionnel sur le mode de rémunération des médecins qui s'est concentré depuis longtemps sur les propriétés incitatives des diverses formes de rémunération : paiement à l'acte, capitation, salariat^{3,4}. Ces réflexions se concentrent en règle générale sur les effets des modes de rémunération en termes d'efficience (impact sur l'activité) et non en termes d'effets sur la qualité

¹ P.L. Bras, G. Duhamel, E. Grass, *Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de disease management*, Rapport IGAS, septembre 2006.

² La notion de salaire au mérite est une euphémisation du salaire à la performance. On peut être méritant (si on fait beaucoup d'efforts) sans pour autant être performant (si on manque de compétences ou de talents).

³ Pour une synthèse voir Scoot A. Hall J. "Evaluating the effects of GP remuneration : prospects and perspectives" *Health Policy* 31 (1995) 183-195 ainsi que Grignon M. Paris V. Polton D. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins", Rapport pour la commission Romanow, Etude CreDES N°35.

⁴ La question des incitations financières a toutefois déjà été étudiée, par une équipe française, à la demande du ministère de la santé : Chaix-Couturier C. Durand-Zaleski I. Jolly D. Durieux P. "Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues" *International Journal for Quality in Health Care* .2000 ; 12, n°2 : 133-142.

des pratiques⁵. Elles concluent, en règle générale, à l'intérêt de développer des formes mixtes de rémunération mêlant la capitation et le paiement à l'acte. La capitation présente l'avantage de ne pas inciter les médecins à augmenter indûment l'activité par patient ; le paiement à l'acte, dès lors qu'il concerne des prestations négligées par les médecins, est de nature à en favoriser le développement. Ces réflexions se sont traduites par des préconisations d'évolution du mode de rémunération des médecins dont il faut bien reconnaître qu'elles n'ont eu, jusqu'à présent, que des traductions limitées⁶. Le paiement à l'acte reste la forme quasi exclusive de rémunération des médecins de ville en France à l'exception du forfait de 40 euros annuels pour chaque patient en affection de longue durée inscrit auprès de son médecin traitant, forfait qui constitue une ébauche de capitation⁷.

Si le paiement à la performance peut concerner l'ensemble des prestataires de soins et donc autant les médecins de ville que les établissements de soins et les praticiens qui exercent en leur sein, ce rapport ne concerne que la médecine ambulatoire et se concentre sur la médecine générale de premier recours.

Le rapport s'organise autour d'une présentation du dispositif de paiement à la performance développé au Royaume-Uni puis de celle des dispositifs mis en place aux États-Unis. Les interrogations suscitées par ces expériences sont évoquées dans une troisième partie. Dans la quatrième partie, nous nous efforçons de tirer des enseignements pour la France des expériences étrangères.

⁵ Pour une étude sur ce thème voir Ettner S, Thompson T, Stevens M et al. "Are physician reimbursement strategies associated with processes of care and patient satisfaction for patients with diabetes in managed care", *Health Services Research* 41:4, Part I, août 2006.

⁶ Voir notamment Brunhes B, Glorion B., Paul S, Rochaix L., *Mission de concertation pour la rénovation de la médecine de ville*, Rapport pour le ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, juillet 2001.

⁷ On notera d'ailleurs que le terme de forfait est, en France, systématiquement préféré au terme de capitation. Or si l'on peut, en théorie, imaginer des rémunérations au forfait (rémunération globale d'un épisode de soins par exemple) il n'existe pas à notre connaissance d'exemples où un tel mode de rémunération ait pu être mis en place en médecine de ville. Il ne semble pas y avoir d'intermédiaire, pour les soins curatifs, entre le paiement à l'acte et un paiement à la capitation.

Le paiement à la performance au Royaume-Uni

1. LE CONTEXTE

L'introduction du paiement à la performance au Royaume-Uni ne peut se comprendre qu'à partir du contexte : la politique globale de santé et l'organisation des soins primaires au Royaume-Uni.

1.1. *La politique de santé au Royaume-Uni*⁸

La politique de santé britannique est marquée sur la période récente par l'engagement pris par Tony Blair en 2000 de porter le niveau des dépenses de santé en pourcentage du PIB du Royaume-Uni à un niveau comparable à celui des pays Européens. Les dépenses du National Health Service (NHS) ont progressé en termes réels de 7,8% par an entre les exercices 2000/2001 et 2007/2008. A partir de 2008, les dépenses ne devraient croître que de 3% par an. Cette augmentation des dépenses s'est traduite par des recrutements massifs. Entre 1997 et 2006, en équivalent temps plein, le nombre d'infirmières a augmenté de 26%, le nombre de spécialistes consultants de 56% et le nombre de généralistes de 20%. Les rémunérations de ces personnels ont été substantiellement améliorées.

Un des objectifs de ce plan d'investissement était la réduction des listes d'attentes et, en particulier, la réduction des délais maximum d'attente pour les consultations externes et les hospitalisations programmées. Ces objectifs ont été atteints avec une forte diminution des patients attendant plus de trois mois pour une consultation externe (moins de 50 000 en Angleterre) et la disparition des délais de plus de six mois pour les hospitalisations programmées. Pour ce qui concerne les urgences, 97% des patients sont pris en charge en moins de quatre heures. Pour l'accès au généraliste, l'objectif est un délai d'attente maximum inférieur à 48 heures. Cet objectif est atteint pour 88% des patients mais 30% d'entre eux se plaignent de ce que les cabinets de médecine générale ne donnent pas de rendez-vous avec deux jours d'avance.

Cet investissement s'est accompagné d'une réforme interne du NHS dont le principe est d'évoluer d'un système planifié centralement à partir de règles et d'objectifs vers un système où les producteurs sont en concurrence et où les patients se voient offrir des possibilités de choix accrues. Du côté de l'offre, les hôpitaux sont plus autonomes, l'appel à des producteurs privés a été rendu possible et la rémunération à l'activité a été mise en place. Du côté de la demande, les cabinets généralistes doivent offrir des possibilités de choix aux patients lorsqu'ils les dirigent vers des soins hospitaliers.

La politique sanitaire vise explicitement à renforcer le rôle des cabinets de soins primaires dans la perspective de réduire les recours à l'hôpital.

1.2. *L'organisation des soins primaires aux Royaume-Uni*

Le NHS, partie intégrante du ministère de la santé, définit la politique générale et alloue les ressources à des Strategic Health Authorities (SHA) au nombre de 11 qui supervisent la mise en œuvre de la politique de santé et veillent au respect des budgets. Les SHA délèguent elles-mêmes leurs ressources à des Primary Care Trust (PCT) chargés au niveau local (152 PCT pour une circonscription d'en moyenne 330 000 habitants) d'organiser les soins primaires, d'acheter les soins secondaires et de mettre en œuvre les politiques de santé publique. Les ressources sont allouées aux PCT sur la base d'une capitation modulée selon les caractéristiques démographiques et socio-

⁸ Cf. Thorbly R. Maybin J. "Health and ten years of labour government, achievement and challenges", King'sFund Briefing, mai 2007 ainsi que Masson A. Smith P. "Le système de santé anglais : régulation et rapports entre les acteurs", RFAS, N°2-3, avril-septembre 2006.

économiques de la population et selon les coûts locaux du travail et du capital. Les PCT doivent répondre à l'ensemble des besoins de santé de la population et assurer une gestion en équilibre des budgets qui leur sont alloués. Les PCT sont amenés à contracter, en moyenne, avec environ 55 cabinets de médecine générale soit environ 250 médecins généralistes.

Les soins primaires sont délivrés au Royaume-Uni par des cabinets de médecine générale qui exercent une fonction de "gatekeeper". Un cabinet de médecine générale comprend en moyenne 21 personnes dont 5 médecins, 5 professionnels paramédicaux essentiellement des infirmières exerçant majoritairement à mi-temps, et 11 personnes sans compétences cliniques (secrétaires médicales, gestionnaires...), cette équipe de personnel permanent est complétée par des personnels temporaires (3 en moyenne) dont des médecins remplaçant (0,4). Au total, ce sont environ 3,6 personnes qui sont mobilisées, en moyenne, pour 1000 patients⁹.

Un médecin à plein temps travaille en moyenne 44 heures par semaine, il assure en moyenne 102 consultations au cabinet (durée moyenne 11,7 minutes), 19 consultations téléphoniques (durée moyenne 7,1 minutes), 10 visites à l'extérieur. Les infirmières n'interviennent pas simplement pour effectuer des tâches prescrites par les médecins. Elles prennent en charge des consultations ; 35 % des contacts du patient avec le cabinet sont pris en charge par des professionnels de santé autres que des médecins, essentiellement des infirmières¹⁰. Les infirmières réalisent en moyenne 60 consultations par semaine, leur durée est plus longue que celle des médecins (15,5 minutes). Au total, la pratique des soins primaires se distingue fortement de celle connue en France : exercice en équipe, temps de travail plus court pour les médecins, partage des tâches et des fonctions avec l'infirmière, reconnaissance de l'activité clinique par téléphone, fonctions administratives et gestionnaires plus étoffées.

Cette forme d'organisation se traduit par une faible densité de généralistes par habitant. Alors que l'on compte en France environ 1 généraliste pour 1000 habitants, le Royaume-Uni en compte 0,6. En revanche la densité des infirmières est plus élevée au Royaume-Uni qu'en France, 9 pour 1000 habitants contre 7,7 en France¹¹.

L'activité des généralistes semble mieux valorisée au Royaume-Uni qu'en France. La rémunération brute des généralistes représentait 3,8 fois le PIB par tête au Royaume-Uni contre 2,9 fois en France en 2004¹². Cet écart dans le statut relatif des généralistes de part et d'autre de la Manche est d'autant plus significatif que le temps de travail du généraliste britannique (44 h) semble très inférieur à celui du généraliste français (55 h).

A 85 % les généralistes sont des travailleurs indépendants (*partners*) exerçant dans des cabinets liés par contrat avec les PCT et qui se rémunèrent à partir des résultats du cabinet. Des généralistes salariés peuvent être employés par le cabinet.

⁹ BMA, NHS employers, Department of health, 2006/07 *UK general practice workload survey*, The information centre. Selon d'autres sources, la taille des cabinets serait plus réduite : Un cabinet moyen comprendrait quatre généralistes à plein temps. Seuls 5% des généralistes travaillent seuls. Pour chaque généraliste, le cabinet emploie environ 2,2 personnes à temps plein, 0,6 auxiliaires médicaux essentiellement des infirmières et 1,6 personnes sans compétences cliniques.

¹⁰ Concernant les fonctions des infirmières, notamment au Royaume-Uni, voir Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès, "Soins primaires : vers une coopération renforcée entre médecins et infirmières", DREES, Document de travail, n° 57 mars 2006.

¹¹ OCDE *Health at a glance 2007 : OECD indicators*, OECD 2007.

¹² Idem Voir l'ouvrage cité sur les difficultés des comparaisons internationales des rémunérations, l'écart France/Royaume-Uni paraît toutefois suffisamment important pour renseigner sur le statut relatif des généralistes dans les deux pays. L'écart a dû d'ailleurs s'accroître du fait de la forte progression des rémunérations des *general practitioners* depuis 2004.

Avant 2004, les médecins généralistes recevaient un paiement forfaitaire de base (coût fixe de la pratique), un paiement à la capitation pondéré par l'âge pour tout patient inscrit auprès d'eux et des paiements à l'acte ou au forfait pour certaines activités (suivi de grossesse, vaccinations...) ainsi que des paiements en fonction de l'atteinte de certaines cibles de résultat (*targets paiement*) en matière de dépistage ou de vaccination..

Ce dispositif a été réformé en 2003¹³. Le contrat n'est plus souscrit par le praticien mais par le cabinet. Les paiements reposent toujours sur la capitation mais celle-ci a été aménagée pour mieux tenir compte de la charge de travail et des charges du cabinet. Ainsi la capitation est modulée selon le sexe et l'âge des patients, les taux de morbidité et de mortalité de la zone géographique, les patients nouvellement inscrits supposés générer une charge de travail supérieure de 40% à 50% à la moyenne, le lieu d'exercice avec une modulation positive pour les zones rurales pour tenir compte des coûts liés à la dispersion de la clientèle, le coût de la vie local pour tenir compte de l'influence qu'il peut avoir sur les salaires du personnel du cabinet.

Ces paiements à la capitation sont censés couvrir les services de base que doit garantir tout cabinet médical qui peut aussi délivrer des services dits additionnels (suivi des grossesses, vaccinations, surveillance de la santé des enfants, contraception...) ou, après négociation avec le PCT, délivrer des services dit "renforcés" (élargissement des actes de chirurgie mineure assurés par le cabinet, prestations spécifiques auprès de certaines populations).

Par ailleurs, les cabinets peuvent sur une base volontaire être intéressés à la maîtrise des dépenses des soins secondaires (essentiellement les soins hospitaliers) pour les patients inscrits dans leurs cabinets. Le dispositif dénommé « *practice-based commissioning* » prévoit que le cabinet se voit affecté un budget indicatif pour les soins secondaires. Le cabinet reçoit 70% des économies réalisées par rapport à ce budget indicatif et doit investir ses sommes dans les locaux ou les équipements du cabinet pour améliorer et élargir les services offerts aux patients. En décembre 2006, 91% des patients anglais relevaient de cabinets engagés dans ce dispositif. Du fait de sa mise en place récente, les effets de cette réforme ne sont pas encore évalués.

2. LE DISPOSITIF DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE

2.1. *Origine du dispositif et objectifs*

La rémunération des cabinets de généralistes selon la performance a été introduite au Royaume-Uni en avril 2004 dans le cadre du *Quality and outcomes framework* (QOF). Ce dispositif a été négocié entre le NHS et la *British Medical Association* (BMA) dans le cadre de la refonte générale du contrat type entre les cabinets de généralistes et les PCT. Cette renégociation s'est déroulée sur deux ans et demi, de 2001 à juin 2003. Pour la partie "paiement à la performance", les négociateurs se sont appuyés sur des travaux d'experts et d'universitaires. Le dispositif de rémunération à la performance a été renégocié fin 2005¹⁴.

L'adhésion au QOF est volontaire mais cette référence au volontariat relève largement de l'affichage. Compte tenu de l'ampleur des sommes attachées à la rémunération à la performance, il était logique que tous les cabinets adhèrent au dispositif.

Le dispositif vise, par des incitations financières, à accroître les motivations des professionnels à délivrer des soins de qualité mais aussi à favoriser une modification de l'organisation même du

¹³ Voir www.nhs.uk : *Investing in general practice, the new general medical services contract*.

¹⁴ BMA/NHS employers, *Revisions to the GMS contract 2006/07. Delivering investment in general practice*, disponible sur le site du NHS ou de la BMA.

travail des cabinets médicaux¹⁵. Le paiement à la performance doit favoriser une démarche de *disease management* vis-à-vis des patients atteints de maladies chroniques. Par ce terme, on désigne une attitude proactive vis-à-vis des patients : par exemple, un objectif de procédure relatif à la fréquence d'examen biologiques suppose que le cabinet contacte, après exploitation de son registre informatisé de patients, les patients qui n'ont pas bénéficié des examens requis par leur pathologie. On désigne également une attitude tournée vers l'éducation thérapeutique, le suivi et le soutien des patients. Dans la mesure où les indicateurs de résultats intermédiaires ne peuvent être atteints si le patient n'est pas observant ou compliant, les cabinets sont incités, par la nature même des objectifs, à s'engager dans l'accompagnement du patient. A cet égard, les objectifs du paiement à la performance sont congruents avec ceux du *practice-based commissioning* : en intéressant les cabinets aux économies sur un budget de soins secondaires, le *practice based commissioning* incite également les cabinets à un suivi attentif des malades chroniques pour éviter les complications et les hospitalisations.

2.2. *Le dispositif de paiement à la performance*

Le QOF consiste à mesurer des résultats à partir d'indicateurs auxquels sont attachés des points, les points obtenus sont convertis en livres (125 £ par point pour un cabinet de taille moyenne soit environ 156 euros¹⁶) et donne lieu à un paiement additionnel pour les cabinets de généralistes. La valeur du point est ajustée en fonction de la taille de la patientèle et, pour les indicateurs cliniques relatifs à une pathologie, en fonction de la prévalence relative de la maladie dans le cabinet¹⁷.

Le maximum de points qui peut être obtenu s'élève à 1000¹⁸. Les indicateurs relèvent de quatre domaines : la clinique, l'organisation du cabinet, la satisfaction des patients et les services dits additionnels.

a) La clinique

Quatre-vingt indicateurs sont construits relatifs à 19 domaines cliniques pour l'essentiel des pathologies (par exemple, hypertension, diabète, maladie mentale ou asthme) mais aussi, depuis 2006, pour des problèmes de santé publique (obésité, troubles de l'apprentissage, tabagisme). Il est possible au maximum d'obtenir 655 points pour ce domaine soit 65,5% du total. Les pathologies qui ouvrent les possibilités d'obtenir le plus de points sont les pathologies à large prévalence (265 points sur 655 pour trois pathologies : prévention secondaire des maladies coronariennes, hypertension artérielle, diabète).

Pour la plupart des indicateurs cliniques, le cabinet obtient des points dès qu'un pourcentage minimum de patients (25 ou 40% le plus souvent) reçoit les soins adéquats, le nombre de points augmente linéairement jusqu'à un palier de patients (50, 70 ou 90%) à partir duquel le nombre maximum de points est acquis.

L'exemple d'une pathologie permet d'illustrer la nature des indicateurs mobilisés pour apprécier la clinique. Pour le diabète, 16 indicateurs sont mobilisés qui concernent l'organisation, les procédures ou les résultats. Ainsi un indicateur d'organisation (pouvoir produire un registre de tous les patients

¹⁵ Pour une présentation concrète du mode de fonctionnement d'un cabinet britannique voir Sweeney K. "la collaboration entre médecins et infirmières dans le service national de santé au Royaume-Uni, l'expérience de Foxhayes, Exester, Devon". Communication au colloque ENSP du 8 juin 2006.

¹⁶ Sur la base d'un taux de change de 1£ = 1,25 euros, taux de change relevé le 14/04/2008.

¹⁷ Les performances sur la maladie x sont d'autant plus valorisées que le cabinet compte relativement plus de malades atteints de la maladie x. La logique de cette modulation est que l'effort à consentir pour obtenir de bons résultats en moyenne augmente avec le nombre de malades. Concrètement, la valeur est multipliée par la racine carrée de la prévalence de la maladie dans le cabinet et divisée par la racine carrée de la prévalence moyenne. Cette formule est critiquée car elle défavoriserait relativement les cabinets à forte morbidité.

¹⁸ Le dispositif décrit est celui en vigueur pour 2006-2007

atteints de diabète) permettra d'obtenir six points. Pour ce qui concerne les indicateurs de procédures, on peut citer le pourcentage des patients ayant eu un dosage d'hémoglobine glyquée dans les quinze mois précédents. Le cabinet obtiendra au maximum 3 points si ce pourcentage dépasse 90%. Parmi ces indicateurs de procédures, certains visent à orienter la stratégie thérapeutique. Par exemple, le cabinet obtiendra 3 points si plus de 80% des patients présentant une protéinurie ou une micro-albuminurie sont traités par des inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Enfin des indicateurs de résultats intermédiaires sont pris en compte. Le cabinet obtiendra 17 points si, pour plus de 50% des patients diabétiques, le dernier dosage de l'hémoglobine glyquée est inférieur à 7,5, il obtiendra 11 points si ce dosage est inférieur à 10 pour 90 % des patients..

Le tableau suivant fournit, pour chacun des domaines cliniques, le nombre de points et leur répartition entre indicateurs d'organisation, de procédures et de résultats intermédiaires.

Tableau 1 : Domaines cliniques et répartition des points maximum

	organisation	procédure	résultat	total
Prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires	4	49	36	89
Insuffisance cardiaque	4	16	-	20
Accident vasculaire cérébral et accident ischémique transitoire	2	12	10	24
Hypertension artérielle	6	20	57	83
Diabète	6	35	52	93
Broncho-pneumopathies chroniques obstructives	3	30	-	33
Epilepsie	1	8	6	15
Hypothyroïdie	1	6	-	7
Cancer	5	6	-	11
Soins palliatifs	3	3	-	6
Santé mentale	4	35	-	39
Asthme	4	41	-	45
Démence	5	15	-	20
Dépression	-	33	-	33
Insuffisance rénale chronique	6	10	11	27
Fibrillation auriculaire	5	25	-	30
Obésité	8	-	-	8
Troubles de l'apprentissage	4	-	-	4
Tabagisme	-	68	-	68
Total	71	412	172	655

Pour qu'une pathologie soit prise en compte, trois critères doivent être réunis : la maladie constitue une priorité sanitaire, la responsabilité principale de son suivi incombe au généraliste, il y a des preuves scientifiques que l'amélioration des soins primaires peut apporter des bénéfices sanitaires.

Les indicateurs retenus sont fondés sur les recommandations de bonne pratique ou sur les résultats de *evidence based medicine*. Ils sont parfois adaptés aux contraintes de la pratique. Par exemple, en matière d'hypertension, il est recommandé un contrôle de la tension tous les six mois, l'indicateur est construit sur le pourcentage des patients hypertendus ayant eu un contrôle dans les neuf mois.

b) L'organisation.

Quarante-trois indicateurs sont construits et organisés autour de cinq fonctions. Il est possible au maximum d'atteindre 181 points pour ce domaine soit 18,1% du total.

Tableau 2 : Répartition des points maximum pour le domaine « organisation du cabinet »

	Points
Dossier médical	87
Contact et information patients	5,5
Formation, qualité, sécurité	31
Gestion du cabinet	17,5
Médicaments : bon usage au cabinet	40
Total	181

La démarche peut être illustrée à travers les indicateurs relatifs au sous domaine « dossier médical ». Douze indicateurs sont définis. Les principaux indicateurs sont la présence d'un résumé clinique actualisé dans au moins 60% des dossiers patients (25 points), dans au moins 70 % des dossiers (12 points), l'indication du niveau de pression artérielle des patients de plus de 45 ans datant de moins de cinq ans dans au moins 65% des dossiers (10 points), dans au moins 80 % des dossiers (5 points). Par ailleurs des points (11 au maximum) peuvent être obtenus en fonction du pourcentage des patients de plus de 15 ans dont le statut tabagique est inscrit dans le dossier. Sans être directement des indicateurs cliniques, ces indicateurs témoignent de la qualité du suivi médical.

c) La satisfaction des patients

Les indicateurs principaux sont relatifs à la longueur des consultations (8 à 10 minutes minimum) pour au maximum 33 points et valorisent la réalisation d'un sondage annuel auprès des patients, l'établissement d'un plan d'action discuté avec des représentants des patients et la capacité à démontrer des améliorations effectives (au maximum 75 points avec une graduation selon le niveau d'engagement dans l'action).

Tableau 3 : Répartition des points maximum pour le domaine « satisfaction des patients »

	Points
Durée de consultation (sans RV pas < 8mn ; sur RV pas < 10 mn)	33
Réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle	25
Actions réalisées dans l'année N compte tenu des résultats de l'enquête de l'année N-1	20
Plan d'actions pour les 2 ans à venir : priorités, information des patients, étude(s) complémentaire(s)	30
Total	108

d) Les services additionnels.

Huit indicateurs additionnels concernent quatre thématiques : le dépistage des cancers cervicaux, la surveillance de la santé des enfants, la surveillance des grossesses, la contraception). Il est possible d'obtenir au maximum 36 points soit 3,4 % du total. Ces indicateurs sont en fait des indicateurs cliniques, ils sont distingués parce que tous les cabinets ne prennent pas en charge les problèmes de gynéco-obstétrique.

Tableau 4 : Répartition des points maximum pour le domaine des services additionnels

	Points
Dépistage du cancer du col de l'utérus	22
Suivi du développement des enfants	6
Suivi et soins anténataux	6
Contraception orale	2
Total	36

Enfin, un maximum de 20 points est accordé pour récompenser le caractère global de la performance en tenant compte des scores les plus faibles pour les divers groupes d'indicateurs. Il s'agit de récompenser les cabinets qui ne présentent pas de points faibles flagrants.

Les résultats pris en compte dépendent du travail de l'équipe médicale mais également du comportement des patients. Dans certains cas, malgré les efforts de l'équipe médicale, les objectifs peuvent paraître inatteignables ou être inadaptés. Pour en tenir compte, les équipes médicales peuvent exclure certains patients du décompte relatif aux indicateurs cliniques. Les cas possibles d'exclusion sont définis. Par exemple le patient qui, rappelé trois fois, ne se rend pas à la consultation qu'on lui propose, les patients en phase terminale, les patients dont les paramètres restent sous-optimaux malgré des traitements médicamenteux aux doses tolérées maximum, les patients présentant des allergies au médicament...

La possibilité d'exclure certains patients du décompte des indicateurs (6% des patients ont été exclus en moyenne la première année) est une des modalités qui permet éventuellement aux cabinets de "jouer" avec le système et d'améliorer artificiellement leurs performances. On a montré que le niveau de performance variait positivement avec le taux d'exclusion, une augmentation de

1% du taux d'exclusion entraînant une augmentation de 0,31% des performances¹⁹. Les appréciations divergent sur l'ampleur du biais de comportement²⁰. Il est néanmoins admis qu'il s'agit d'un domaine qui doit faire l'objet d'une vigilance particulière lors des audits des données transmises par les cabinets.

3. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, COÛTS ET RESULTATS.

3.1. Les résultats mesurés par le dispositif

On dispose des résultats du dispositif pour trois exercices. Pour le premier exercice et pour la seule Angleterre, les cabinets ont atteint en moyenne 958,7 points soit 91,3 % du maximum de points, 92,3 % du maximum dans le seul domaine clinique. Sur l'exercice suivant, les cabinets ont atteint en moyenne 1010,5 points soit 96,2% du montant maximal de points, 97,1 % du maximum sur le seul domaine clinique²¹. Sur le troisième exercice 2006-2007, les médecins ont obtenu 954,5 points soit 95,5% du montant maximum des points, 96,3% du maximum sur le seul domaine clinique. La légère baisse sur le dernier exercice ne traduit pas une diminution de la qualité mais s'explique par l'augmentation des exigences entre le deuxième et le troisième exercice.

Ces résultats sont largement supérieurs à ceux prévus lors de la mise en place du dispositif -75% des points en moyenne- d'où un coût budgétaire également supérieur à celui qui avait été anticipé. Il est admis que la prévision initiale sous-estimait le niveau de performance atteint par les généralistes anglais avant la mise en place du dispositif.

Globalement le niveau des résultats moyens atteints montre que le dispositif était peu exigeant. Il s'est avéré aussi peu discriminant : 89,2 % des cabinets ont obtenu plus de 900 points sur 1000. Seuls 4,4% des cabinets (368 cabinets sur 8372) ont obtenu moins de 800 points.

3.2. Les dépenses

La mise en place du paiement à la performance s'est opérée dans un contexte où le NHS, pour revaloriser la médecine générale confrontée à une "crise des vocations", était résolu à augmenter significativement les dépenses consacrées à la médecine de premier recours. Ainsi, pour la seule Angleterre, il était prévu de porter le budget consacré aux cabinets de médecine générale de 4,9 Mds de £ (6,1 Mds d'euros) en 2002-2003 à 6,9 Mds de £ (8,6 Mds d'euros) en 2005-2006 soit une hausse de 40,8%. L'évolution réelle du budget a dépassé ces prévisions et les dépenses pour les cabinets de généralistes ont atteint 7,7 Mds de £ (9,6 mds d'euros)²² en 2005-2006, soit une augmentation de 63,6 %. Le budget des cabinets s'est stabilisé à ce niveau en 2006-2007. Le dépassement des budgets est lié, pour partie, à une sous-estimation des dépenses induites par le paiement à la performance.

Les dépenses au titre du paiement à la performance représentent 1 Mds de £ (1,25 Mds d'euros) en 2006-2007 soit 13,5% de l'ensemble des ressources des cabinets (capitation, paiement à la performance, paiements annexes) ou 26% des rémunérations à la capitation.

¹⁹ T; Doran et al. "Pay for performance programs in family practices in the United Kingdom", *N Engl J Med* 2006; 355:375-84

²⁰ Voir H. Gravelle, M. Sutton, A. Ma "Doctor behaviour under a pay for performance contract: Evidence from the Quality and Outcomes framework", University of York, CHE research paper 28. Cette étude aboutit à une estimation du "jeu" sur les exceptions, il concernerait 0,87% des patients et 1 à 9% des exceptions.

²¹ Sur les deux premiers exercices, le maximum des points était 1050 et non 1000.

²² Pour mémoire, les honoraires des omnipraticiens français en 2005 s'élevaient à 7,4 Mds d'euros sachant que la portée d'une comparaison est limitée notamment car le spectre des services rendus est différent dans les deux pays.

Du fait des augmentations des budgets consacrés à la médecine générale, les revenus nets des généralistes partenaires dans leur cabinet, constitués par le résultat net des cabinets (ressources moins charges), ont augmenté fortement. Le revenu net moyen des partenaires serait ainsi passé d'environ 70 000 £ (87500 euros) en 2002-2003 à environ 114 000 £ (142 500 euros) en 2005-2006²³ soit une augmentation d'environ 60%. Les sommes allouées au paiement à la performance ont contribué avec d'autres éléments du nouveau contrat à cette augmentation très importante. Le revenu des partenaires devrait se stabiliser, voire décroître sur les exercices suivants.

3.3. *Les résultats, l'influence sur les pratiques*

Certaines études permettent d'estimer - sinon d'analyser très précisément - l'impact de la mise en œuvre du système de paiement à la performance sur les résultats cliniques.

Les pratiques médicales ont été suivies et notées par agrégation de plusieurs indicateurs en 1998, 2003 et 2005 sur un échantillon représentatif de 40 cabinets pour trois pathologies, le diabète, l'asthme et l'insuffisance coronarienne. Cette étude conclut qu'une amélioration des pratiques est intervenue entre 1998 et 2003, que celle-ci s'est poursuivie pour l'insuffisance coronarienne et qu'elle s'est accélérée de manière modeste mais indéniable pour l'asthme et le diabète. S'il n'est pas possible, faute de groupe contrôle, d'attribuer cette accélération à la mise en place du paiement à la performance, les résultats suggèrent un effet du nouveau mode de rémunération sur la qualité des pratiques²⁴.

Parmi les indicateurs relatifs au diabète, certains concernaient la mention dans les dossiers des patients de la situation à l'égard du tabac et de la délivrance de conseils pour cesser de fumer. Une étude sur 32 cabinets montre, entre 2003 et 2005, un accroissement du pourcentage de patients diabétiques pour lesquels la situation à l'égard du tabac est renseignée et pour lesquels il est mentionné dans le dossier qu'ils ont reçu des conseils pour cesser de fumer. De plus la prévalence du tabagisme parmi les patients a décru de 20 à 16,2 %. Faute de groupe contrôle, il n'est pas possible d'attribuer sans conteste cette évolution à la mise en place du paiement à la performance mais l'étude semble indiquer que celui-ci aurait eu une influence favorable²⁵.

Une autre étude²⁶ fondée sur un échantillon de 498 cabinets soit 3,4 millions de patients et qui repose sur des données collectées d'avril 2001 à avril 2006 fait apparaître des progrès continus sur la période pour des indicateurs de résultats intermédiaires (niveau de pression artérielle et taux de cholestérol essentiellement) suivis dans le cadre de cinq pathologies (insuffisance coronarienne, hypertension, diabète, accident cardio-vasculaire, insuffisance rénale). L'introduction en 2004 du paiement à la performance semble s'être traduite, dans des proportions différentes selon les indicateurs et les pathologies, par une accélération des progrès parfois suivie d'un plateau.

Au total, il apparaît que la mise en place du système de paiement à la performance semble avoir eu un impact positif sur la qualité des pratiques cliniques et des résultats. L'impact reste toutefois modeste et s'inscrit dans une tendance générale d'amélioration que le paiement à la performance

²³ Selon la DREES, Etudes et Résultats n° 562, mars 2007, en France le revenu net tiré de l'activité libérale s'élevait en moyenne, en 2005, pour les omnipraticiens à 63 900 euros. La portée d'une comparaison internationale des revenus est limitée notamment parce que la notion de revenu net n'a pas le même sens dans des pays différents. Toutefois, l'ampleur de l'écart confirme que les généralistes anglais sont mieux rémunérés que les généralistes français.

²⁴ S. Campbell et al. "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance", *N Engl J Med* 2007, 375;2 ; 181-190

²⁵ C. Millet et al, "Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes", *CMAJ*, 2007; 176 (12); 1705-10.

²⁶ The Information Centre for health and care, *Time series analysis for 2001-2006 for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework*. September 2007. www.ic.nhs.uk

semble avoir quelque peu accélérée. La modestie des résultats au Royaume-Uni ne peut être imputée à la modestie des incitations, elle peut éventuellement être liée à la modestie des exigences du dispositif.

Si l'on rapporte ces progrès modestes aux sommes consacrées au paiement à la performance, l'impression qui prévaut est que le retour sur investissement est lui-même très modeste. Toutefois, il était acquis au Royaume-Uni, paiement à la performance ou pas, que les ressources des cabinets médicaux devaient être significativement accrues. Il n'est donc pas possible de déterminer le coût net du paiement à la performance.

Enfin, l'appréciation portée sur le système ne peut se réduire à l'analyse de ses effets immédiats. Le niveau d'exigence vis-à-vis des médecins a vocation à évoluer. Ainsi, le pourcentage minimum de patients ayant reçu des traitements adéquats pour obtenir des points, fixé à 25 % à l'origine a été porté à 40% à partir de 2006. Par ailleurs, le pourcentage pour obtenir les points maxima a été augmenté pour atteindre en règle générale 90%. Enfin de nouveaux domaines cliniques ont été introduits, l'évaluation porte sur 19 pathologies/problèmes de santé publique contre 10 auparavant. Les cabinets anglais ont dû en 2006 réaliser de meilleures performances pour obtenir, au titre du paiement à la performance, les mêmes sommes qu'auparavant. D'ailleurs ils n'y sont pas totalement parvenus. Le dispositif permet donc, dans l'idéal, d'accroître la qualité des soins par une augmentation régulière des exigences (augmentation des seuils, création de nouveaux indicateurs, élargissement des thèmes, substitution de nouvelles exigences à celles qui sont satisfaites...).

Cependant il reste difficile d'apprécier la vigueur avec laquelle les autorités sanitaires britanniques voudront ou pourront utiliser ce levier. A cet égard, on peut penser qu'il serait délicat d'amputer significativement la rémunération des cabinets, l'augmentation des exigences ne pourra de ce fait qu'être progressive.

Dans un rapport de février de 2008, le National Audit Office souligne que le Ministère de la Santé n'a pas "une stratégie claire" en ce qui concerne l'avenir du QOF, il recommande d'accroître la part des indicateurs de résultats et de diminuer celle des indicateurs de procédures, de limiter les possibilités de pratiquer des exceptions pour le calcul des résultats, de renvoyer certains indicateurs à la négociation locale, d'introduire des éléments relatifs à l'efficience²⁷.

²⁷ National Audit Office, NHS Pay for modernisation, new contracts for general services in England, février 2008.

Le paiement à la performance aux Etats-Unis

1. CONTEXTE

Le paiement à la performance est un des multiples dispositifs introduits ces dernières années aux USA par les assureurs privés dans un contexte de préoccupations croissantes relatives aux coûts et à la qualité.

1.1. *L'organisation des soins et de l'assurance maladie*

L'offre de soins (prestataires, structures de soins) aux Etats-Unis et en France est globalement comparable. Les médecins y sont toutefois moins nombreux (2.4/1 000 habitants aux USA dont plus de 60 % sont des spécialistes et 3.4 en France en 2005 dont la moitié sont des spécialistes)²⁸. Le nombre de lits de court séjour en établissements de santé y est moindre (2.7 et 3.7/1 000 habitants respectivement). Globalement le niveau de formation des médecins, les technologies et produits de santé auxquels ils recourent, les prestations qu'ils fournissent aux personnes malades sont comparables.

Par contre, le système nord-américain est beaucoup plus pluraliste, décentralisé et complexe que le système français. Il n'y a pas d'assurance maladie obligatoire, ni de couverture maladie universelle. Le système s'est historiquement organisé autour des assureurs privés. La majorité des américains (59.5 %) ont accès à une assurance par l'entremise de l'entreprise qui les emploie²⁹. L'Etat fédéral couvre les personnes âgées (*Medicare*) et, en partenariat avec les Etats, les personnes pauvres (*Medicaid*), un nombre très important de personnes restant non ou mal assurées³⁰.

Le statut des médecins de premier recours et leurs modalités d'exercice sont extrêmement diversifiés. Ils peuvent exercer en cabinet individuel, en cabinet groupé de petite, de moyenne ou de grande taille ou en polyclinique. Certains d'entre eux travaillent également à temps partiel en établissement de santé. Leur clientèle dépend d'assureurs multiples. Ils peuvent se regrouper pour négocier avec ces assureurs. Les modalités de leur rémunération varient. La majorité des médecins de ville aux USA sont payés à l'acte. Ils sont moins nombreux qu'ils ne l'ont été, à être rémunérés à la capitation par une ou plusieurs *Managed care organizations* (MCO). Un même médecin n'applique pas de tarifs uniformes, ses prix et les modalités de sa rémunération changent selon l'assurance de ses patients. Certains médecins sont intéressés aux résultats financiers du groupe professionnel ou du réseau d'assurance avec lesquels ils collaborent. Enfin, certains médecins sont totalement intégrés à un réseau de santé : une *Health maintenance organization* (HMO) dont ils peuvent être salariés.

La multiplicité des acteurs, la diversité des contrats d'assurances et des modalités de rémunération des médecins rendent le système particulièrement complexe. Ainsi il n'y a pas une politique de santé mais des tendances d'évolution qui résultent d'initiatives tant des assureurs ou des entrepreneurs privés, des institutions indépendantes à but non lucratif ou des centres de recherche académiques ou professionnels que des pouvoirs publics.

²⁸ OECD Health Data 2007. Les médecins de premier recours représenteraient le tiers environ de la totalité des médecins. Ce sont soit des médecins généralistes, soit des médecins de famille, mais aussi des pédiatres, des gynécologues des médecins internistes ou des gériatres.

²⁹ Etudes et résultats. « Le système d'assurance santé aux Etats-Unis. » DREES, n°600, septembre 2007.

³⁰ *Medicaid* a contribué à 9% des dépenses d'assurance maladie aux USA en 2005 et *Medicare* à 13 %. Presque 15% des américains n'ont pas d'assurance maladie. On estime que 20 % sont mal couverts.

1.2. Des préoccupations liées aux coûts et à la qualité

Le niveau des dépenses de santé aux USA - le plus élevé au monde - et leur évolution ont conduit, dans les années 90, les différents financeurs et administrateurs du système à mettre en place des dispositifs d'organisation et de gestion des soins plus intégrés et plus contraignants à la fois pour les professionnels de santé et pour les patients (*managed care*). Mais ces tentatives – essentiellement fondées sur un parcours de soins imposé au patient et le contrôle *a priori* ou *a posteriori* des pratiques du médecin - ont connu leurs limites et ont été rejetées par une majorité de professionnels et d'usagers (*managed care backlash*).

Pour autant, les préoccupations financières n'ont pas cessé. Elles se sont même amplifiées ces dernières années avec l'accroissement des dépenses de santé (13.1 % du PIB en 2000, 16% en 2006), les variations de coûts et de prestations observées sur l'ensemble du territoire et dans les différentes sous-populations, et les difficultés de financement de Medicare. De multiples dispositions ont été prises pour optimiser les coûts. Elles se sont orientées principalement dans trois directions : la recherche de nouvelles modalités d'organisation de la prise en charge des patients (*care management*), un transfert de charges et donc de "responsabilité" vers les assurés et de nouvelles modalités de rémunération des médecins.

Dans le même temps, des insuffisances relatives à la qualité des prestations ont été mises en lumière, d'abord identifiées par des études ponctuelles puis confirmées par des approches plus exhaustives³¹. En réponse, un mouvement général s'est mis en place pour améliorer la qualité des services et soins délivrés aux usagers du système. Sans prétendre à l'exhaustivité, car là aussi les acteurs et les initiatives ont été particulièrement nombreux, on peut retenir le rôle joué au niveau fédéral par l'*Institute Of Medicine* (IOM)³², et la place occupée par le *National committee for quality assurance* (NCQA), organisme indépendant sans but lucratif, qui a développé HEDIS® depuis une quinzaine d'années, dispositif qui mesure la qualité des différentes structures de prise en charge du système de santé (hôpitaux, HMO, cabinets privés...). Ce dispositif fait maintenant autorité dans l'ensemble du pays³³.

Ainsi, l'IOM soulignait en 2001 la nécessité d'aller vers des modalités mixtes de rémunération des médecins, et de faire en sorte qu'ils tiennent compte à la fois de la qualité et de l'efficacité des pratiques³⁴.

Aujourd'hui, l'intéressement financier à la performance s'est très largement développé et est considéré comme une des évolutions les plus notables du système de santé américain depuis l'ère du *managed care*³⁵ à côté des dispositions relatives à l'organisation de la prise en charge des maladies chroniques (*case et disease management*)³⁶.

³¹ Voir par exemple l'étude de Mc Glynn qui montre que dans près de la moitié des cas les prestations réalisées ne sont pas conformes à ce qui est recommandé. Mc Glynn EA et al. "The quality of health care delivered to adults in the United States." *N Engl J Med*. 2003;348:2635-2645 ; et celle toute récente d'Ezzati montrant une augmentation des inégalités territoriales en matière de mortalité féminine entre 1983 et 1999. Ezzati M et al. "The reversible of fortunes: trends in county mortality and cross-county mortality disparities in the United States", *PLoS Medicine* 2008;4: e66 www.plosmedicine.org

³² Pour une vision globale relative aux problèmes de qualité aux USA se reporter aux deux rapports successifs de l'*Institute of Medicine* : « To err is human : building a safer health system. » et « Crossing the quality chiasm : a new health system for the 21st century. » Washington, DC: National academy press; 2000 et 2001.

³³ www.ncqa.org/Programs/HEDIS

³⁴ Institute of Medicine. Opus cité 2001.

³⁵ Rosenthal M.B. et al. « Climbing up the pay-for-performance learning curve : where are the early adopters now ? ». *Health Affairs* 2007;26 : 1674-1682.

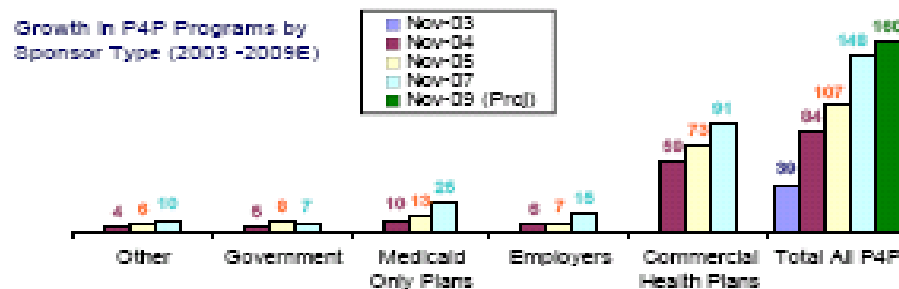
³⁶ Approximativement 45 % de la population sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques

2. LES DISPOSITIFS

2.1. *Perspective générale*

A la différence du Royaume-Uni, il est difficile d'avoir une vision exhaustive des dispositifs de paiement à la performance en vigueur aux USA compte-tenu de leur diversité³⁷. A titre de présentation générale, on retiendra l'enquête réalisée par Leapfrog et Med-Vantage³⁸, la troisième du genre après celles de 2003 et de 2005, qui est basée sur un recueil d'informations auprès de 75 assureurs parmi les plus importants représentant 185 millions d'assurés.

Evolution du nombre de dispositifs de paiement à la performance dans le temps par type de financeur



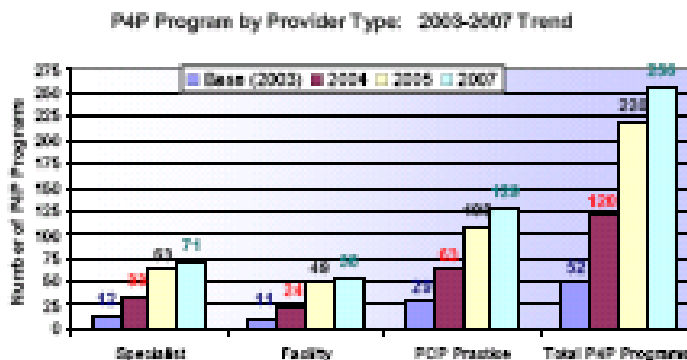
Source : : Leapfrog group Med-Vantage 2007

Le nombre de programmes de paiement à la performance a augmenté fortement ces dernières années (39 en 2003, 148 à fin 2007), avec une part prédominante des assureurs privés. Une relative stabilisation est anticipée pour l'avenir proche (160 dispositifs à fin 2009). Ces programmes concernent principalement la médecine de premier recours notamment parce qu'en contribuant à éviter complications et hospitalisations, elle est à même de générer des économies. En 2003, plus de la moitié des dispositifs (56 %) concernaient les médecins de proximité (*primary care physician*). En 2007, spécialistes et établissements sont plus sollicités, mais 50 % des dispositifs concernent encore les médecins de premier recours.

³⁷ Voir par exemple : Galvin R.S. et al . « Has the leapfrog group had an impact on the health care market ? » *Health Aff.* 2005;24: 228-233. Enthoven A et al. « Reforming america's health care system. Washington ? D.C. : Human resources policy association ; 2006. Mercer human resources consulting. « Companies unite in care focused purchasing initiative to push US new health market (press release). New-York : Mercer human resources consulting. 25 march 2004.

³⁸ Baker G et al. "Pay for performance: national perspective. 2006 longitudinal survey results with 2007 market updates." The Leapfrog group. Med-Vantage, Inc. December 2007 www.leapfroggroup.org www.medvantage.com

Evolution du nombre de dispositifs de paiement à la performance dans le temps par type de prestataire



Source : Leapfrog group Med-Vantage 2007

Une proportion non négligeable de dispositifs dirigés vers des prestataires de santé s'adressent également aux assurés eux-mêmes, leur proposant des avantages financiers s'ils choisissent un contrat, un hôpital, un médecin ou un médicament performants, s'ils participent à des activités de promotion de leur santé ou s'ils adhèrent à des programmes de *care* ou de *health management*. Ils s'inscrivent dans une approche globale, le paiement à la performance est lié à d'autres démarches : *disease management*, responsabilisation ou incitation de l'assuré, diffusion publique des résultats.

Les motivations invoquées sont l'amélioration de l'état de santé et la satisfaction des patients, ainsi que des préoccupations concurrentielles, chacun cherchant à mettre en avant de bons ou de meilleurs résultats médicaux.

Les indicateurs de performance mesurés concernent avant tout l'efficacité clinique et la sécurité des patients. La plupart sont repris ou inspirés de HEDIS®. Les autres indicateurs concernent l'efficacité, la satisfaction des patients et le recours aux nouvelles technologies de l'information (NTI). Généralement, un dispositif comportera des indicateurs dans plusieurs domaines. Le poids respectif des différents domaines peut varier considérablement d'un dispositif à un autre et dans le temps, traduisant à la fois la diversité des approches et des stades de maturité des différents dispositifs.

Les modalités d'intéressement financier sont également diverses. Dans la majorité des cas (73%) les médecins sont intéressés sous forme de bonus. La manière dont la performance est prise en compte varie : dépassement d'un seuil minimum le plus souvent (72% des cas). Mais plusieurs options sont possibles et peuvent s'additionner : dépassement de seuil, classement (51% des cas), amélioration de sa propre performance dans le temps (43%).

2.2. *Le paiement à la performance dans les Health maintenance organizations (HMO)*

Une enquête récente a porté sur un échantillon national représentatif de 252 réseaux intégrés de soins (*Health maintenance organizations* HMO)³⁹.

En 2005, plus de la moitié d'entre eux (52%), représentant plus de 80% des assurés de l'échantillon, ont eu recours à un système de paiement à la performance. C'est particulièrement le cas de ceux (1) où le médecin de premier recours a une fonction de *gatekeeping*, (2) où les médecins sont payés à la capitation et (3) de ceux où les médecins exercent en groupe.

³⁹ Rosenthal MB et al. « Pay for performance in commercial HMOs ». *N Eng J Med.* 2006;355:1895-1902.

Dans les dispositifs où les médecins sont payés à la capitation, il y a toujours des indicateurs cliniques (100 % des cas), des indicateurs relatifs à l'introduction de NTI (80.4% des cas), des indicateurs de satisfaction (68.6 % des cas). Ces pourcentages diminuent dans les dispositifs où les médecins sont payés à l'acte (79, 45 et 50 % respectivement).

En ce qui concerne les pathologies : 31% des dispositifs tenaient compte du contrôle des chiffres de tension artérielle, 37.2% du bon usage des médicaments antidépresseurs, 70.8% du traitement de l'asthme, 75.2% du taux de dépistage du cancer du sein par mammographie, 86.7% de la prise en charge du diabète.

L'intéressement intervient pour les seuls prestataires les plus performants ((31.9% des cas), dès qu'un seuil de qualité prédéfini est atteint (61.9% des cas) ou, enfin, dès que l'on constate une amélioration de la performance (20.4% des cas).

Dans trente pour cent des dispositifs, le montant de la rémunération à la performance dépasse 5 % la rémunération totale des médecins.

Plus récemment, le même auteur a analysé les acquis de l'expérience et les évolutions intervenues chez 27 des premiers opérateurs engagés dans le paiement à la performance aux Etats-Unis dont la plupart sont des HMO⁴⁰. Plus de 32 millions d'assurés étaient concernés.

L'intéressement concerne essentiellement les médecins de premier recours. Les spécialistes (principalement des cardiologues et des chirurgiens généralistes, mais également des gastro-entérologues et des orthopédistes) ont été incités financièrement plus tardivement et avec plus de difficultés : d'une part des indicateurs nationaux consensuels font défaut pour leurs disciplines, d'autre part, il est beaucoup plus délicat d'imputer les résultats observés à l'action propre d'un spécialiste.

Les indicateurs pris en compte ont évolué avec le temps. Les programmes ont débuté avec des indicateurs de procédures largement validés, souvent des indicateurs de prévention (taux de mammographie réalisé, fréquence de dosages...). Avec le temps, trois types d'indicateurs ont été introduits témoignant d'une prise en compte plus importante des résultats médicaux, de l'efficacité et des NTI. Les indicateurs de résultats concernant les médecins de premier recours, se focalisent largement sur des résultats intermédiaires, comme le taux d'hémoglobine glyquée, de LDL cholestérol ou le niveau de pression artérielle. En sus d'une approche de prévention primaire, les indicateurs médicaux révèlent une attention croissante portée aux maladies chroniques, en particulier au diabète et à l'asthme.

Quasiment tous les programmes ont augmenté leur nombre d'indicateurs. L'augmentation du nombre de critères pris en compte, même si elle reste aujourd'hui limitée par la difficulté de recueillir les données, devrait réduire le risque de voir les médecins se focaliser sur un trop petit nombre de leurs patients, à savoir ceux que prendrait en compte le paiement à la performance. Toutefois des indicateurs ont parfois été supprimés : certains comme la satisfaction des patients parce que sa mesure est très coûteuse, d'autres parce que les résultats étaient systématiquement très élevés. C'est le cas du conseil relatif à l'arrêt du tabac, de la fréquence de suivi des enfants, du dépistage du cancer du sein, du colon ou du col de l'utérus, ou de la vaccination ROR chez l'enfant.

Bien qu'en augmentation depuis 2003, les sommes en jeu au sein de chaque programme restent limitées, variant en 2005 entre 20 cents et 15\$ par assuré par mois pour un médecin, correspondant seulement à un bonus de 2.3 % en moyenne de sa rémunération.

Un peu plus de la moitié des dispositifs utilisent des techniques d'ajustement au risque ou de stratification pour tenir compte des variations dans la sévérité de l'état des patients ou de la complexité de leur prise en charge.

⁴⁰ Rosenthal MB et al. « Climbing up the pay-for-performance learning curve : where are the early adopters now ? ». *Health Affairs*. 2007;26: 1674-1682

Bien que cela reste minoritaire (23% des assurés), les dispositifs prennent de plus en plus en compte l'amélioration de la performance en sus de l'atteinte d'un seuil de performance prédéfini.

2.3. *L'expérience californienne d'Integrated healthcare*

Parmi les nombreux dispositifs mis en place dans le cadre de l'assurance privée, l'expérience de l'*Integrated healthcare association california payment-for-performance program* mérite d'être commentée du fait de son ancienneté, de son ampleur et des résultats obtenus⁴¹.

Opérationnel depuis 7 ans, c'est le dispositif le plus important aux USA. Il s'adresse à des groupes de médecins. Il implique 40 000 médecins et concerne 12 millions d'assurés. Les principaux acteurs du système : assureurs, employeurs, gestionnaires de *health plans*, sont rassemblés au sein d'une coalition⁴².

Les performances prises en compte relèvent de trois domaines : la prise en charge médicale, la satisfaction des patients et le recours aux nouvelles technologies de l'information (NTI)⁴³. Même si elle est attendue d'une amélioration du système, il est à noter que l'efficacité n'a pas été prise en compte en tant que telle⁴⁴.

Les indicateurs cliniques ont été définis à partir des indicateurs HEDIS® avec un ajustement au risque. En 2008, ils concernent essentiellement :

- des mesures préventives (vaccination des enfants, dépistage des cancers du sein, du colon, du col de l'utérus, et de l'infection à Chlamydia) ;
- des mesures de bon usage (traitement approprié dans l'asthme, pas d'antibiotiques dans les infections respiratoires supérieures chez l'enfant et chez l'adulte en cas de bronchite aiguë, Strepto-test en cas de pharyngite chez l'enfant, contrôle et suivi biologique de certains médicaments prescrits pendant plus de 6 mois, absence de recours à un examen d'imagerie en cas de douleur du bas du dos) ;
- et le suivi de patients atteints de maladies chroniques (suivi et contrôle du LDL-cholestérol chez les coronariens et les diabétiques, rein et H_{1c} dans le diabète).

Les indicateurs de satisfaction du patient englobent la communication et l'interaction avec le médecin, les délais de rendez-vous, l'accès aux spécialistes, la coordination entre intervenants, ainsi qu'une appréciation générale de la prise en charge.

La montée en puissance des cabinets médicaux en matière de NTI constitue le troisième pilier du dispositif. L'incitation financière en la matière poursuit plusieurs objectifs. Le médecin doit pouvoir avoir une vision globale des maladies de sa clientèle et de la performance de leur prise en charge. Il doit avoir recours à des outils d'aide à la décision. Son installation informatique doit faciliter la prise en charge et le suivi de ses malades (prescription électronique, identification d'interactions médicamenteuses, suivi des examens de laboratoires, procédures de rappel des patients) ainsi que ses échanges et communications (dossier médical électronique, messagerie électronique, transmission de données dans le cadre de l'évaluation du dispositif).

⁴¹ Ce programme ne résume pas les nombreux dispositifs mis en place en Californie pour améliorer la qualité. Voir à cet égard *Integrated healthcare association*. « *Advancing quality through collaboration* ; A compendium of California healthcare quality improvement projects ». December 2006. www.iha.org

⁴² Celle-ci s'est constituée sur la base d'un constat partagé d'insuffisances : l'inconstance des indicateurs de performance, le caractère inhomogène et parfois contradictoire des résultats diffusés publiquement (*public report*), la petite taille des échantillons opérant chacun dans leur coin, et le peu de ressources disponibles pour financer des expérimentations. Voir *Integrated healthcare association*. « *Advancing quality through collaboration. A report on the first five years and a strategic plan for the next five years* ». February 2006 ainsi que « *2006 pay for performance results* » www.iha.org

⁴³ *Integrated healthcare association*. « *Advancing quality through collaboration: measurement year 2008 pay-for-performance draft manual* ». December 2007; www.iha.org

⁴⁴ Il est toutefois prévu qu'elle le soit dorénavant (après 7 années de fonctionnement).

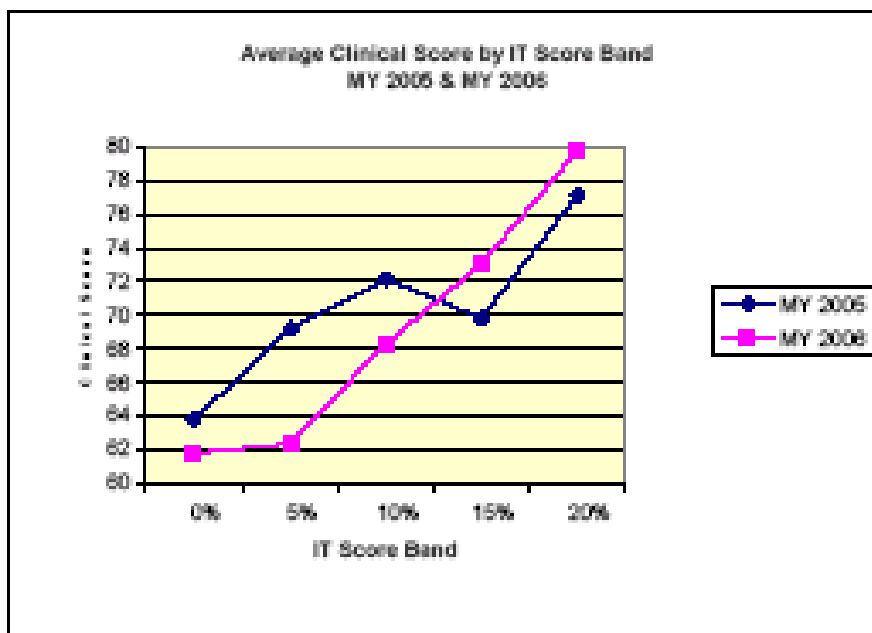
Le niveau et les modalités d'intéressement, laissés à l'appréciation de chaque *health plan*, ne sont pas homogènes. Initialement, il a représenté en moyenne une augmentation de 1.5 % des revenus des médecins⁴⁵. L'intention est de le porter à + 10 %.

Progressivement des évolutions sont intervenues. Certains indicateurs ont été redéfinis et leurs poids respectifs révisés. Le poids des indicateurs cliniques est de 50%. La satisfaction, initialement 40%, a été réduite à 30 %. Les NTI ont été prises en compte à hauteur de 10 puis de 20 %. Le nombre des indicateurs a été augmenté. A l'origine, le dispositif rémunérait l'atteinte d'un niveau cible de performance, il s'est progressivement orienté vers une plus grande prise en compte des progrès réalisés.

En matière d'impact, les résultats sont notables. Au plan clinique, le taux moyen de réalisation de certaines procédures préventives est passé de 37 à 80 %, le taux moyen de traitement adéquat dans l'asthme de l'enfant est passé de 68 à 97 %. Le taux de contrôle du niveau de LDL-cholestérol est passé de 38 à 65 % dans certains sous-groupes de patients après 2, 3 ou 4 ans de fonctionnement du dispositif. Le pourcentage de patients diabétiques ayant une hémoglobine glyquée > 9 est passé de 63 à 47 %. Tous les indicateurs n'ont pas connu une amélioration de cet ordre, mais aucun ne s'est détérioré.

Les résultats concernant les NTI sont également intéressants, en particulier la corrélation entre amélioration de la performance clinique et recours aux NTI.

Graphique 1 : Score clinique moyen en fonction du taux de recours aux NTI



Source : : Integrated Healthcare association 2007

2.4. *Bridges to excellence*

Bridges to excellence, une institution à but non lucratif, est un des militants les plus ardents du paiement à la performance aux USA⁴⁶.

⁴⁵ Rand corporation and U.C. Berkeley, Haas school of business. "Transparency report on 2005 health plan payouts." www.ihc.org

Ces programmes pilotes, conduits entre 2003 et 2006 dans le diabète et l'insuffisance cardiaque, ont comparé la participation des médecins à des dispositifs de mesure de la performance, leurs motivations et les résultats obtenus selon qu'ils étaient, ou non, rétribués pour le faire, les médecins devant eux-mêmes prendre un risque financier en investissant dans le matériel informatique nécessaire.

La participation des médecins s'est avérée plus importante en cas d'incitation financière, mais variable selon les modalités d'exercice professionnel. Elle a été nettement moindre de la part des médecins exerçant seuls parce qu'ils ne disposaient pas des ressources suffisantes pour collecter les données et gérer le travail administratif supplémentaire nécessaire. Le niveau d'intéressement a très probablement eu une influence aussi dans la mesure où les médecins travaillant seuls ne pouvaient prétendre au même niveau d'incitation financière que ce qui était proposé aux médecins travaillant en groupes.

Les motivations des médecins tiennent essentiellement au souhait d'améliorer la prise en charge de leurs patients et à la possibilité d'être en mesure de le leur montrer de façon objective. Toutefois la perspective d'augmenter leurs revenus n'est pas étrangère à l'engagement d'environ la moitié d'entre eux.

Les résultats de ces programmes pilotes ont montré qu'un intéressement financier peut avoir un impact sur l'organisation du travail des médecins en les incitant à investir dans les NTI et à adopter de meilleures procédures de prise en charge.

L'intérêt d'un système d'information adapté tient aux facilités d'accès aux données relatives à leurs patients (registres de patients selon leur maladie, liste des patients à haut risque), aux possibilités de communication (prescription électronique de médicaments, d'examens de laboratoire, adressage électronique, dossier médical, e-mail, système d'alerte en cas de non-observance) et la mise en place de procédures de prise en charge tenant compte des référentiels de bonne pratique. En revanche, les patients diabétiques à qui on a proposé de s'impliquer dans la gestion de leur maladie via Internet, ont été peu nombreux à être intéressés - moins du tiers d'entre eux - peut-être du fait de leur âge, même si une incitation financière leur était proposée.

De meilleurs résultats cliniques ont été obtenus, notamment dans le contrôle de la glycémie, du LDL-cholestérol et de la pression artérielle chez les diabétiques.

Dans le cas du diabète, malgré une augmentation des dépenses en ville, une diminution significative des coûts globaux a été observée du fait d'une réduction des coûts hospitaliers. Chez les personnes cardiaques, ont été constatées une moindre dispersion des coûts par rapport au groupe contrôle, une augmentation des coûts en ville et une réduction des coûts globaux, mais cette dernière n'était pas statistiquement significative.

2.5. Les initiatives publiques au sein de Medicaid

Medicaid s'est engagé dans le paiement à la performance dans le cadre du mandat législatif du *Medicare, Medicaid, and state child health insurance program benefits improvement and protection act* de 2000, les défauts de qualité liés à la prise en charge des populations à bas revenus étant importants⁴⁷. Une étude fait état d'un différentiel de score de qualité de plus de 9% au détriment des personnes couvertes par *Medicaid*⁴⁸.

⁴⁶ Voir Thomson Medstat. « BTE program evaluation ». www.bridgestoexcellence.org, De Brantes F et al. « Bridges to excellence : building a business case for quality care. » *J Clin Outcomes Manag.* 2003;439-446. De Brantes F. "Pay for performance and beyond: a recipe for improving care". 2006. www.qualityconundrum.com

⁴⁷ Agency for healthcare research and quality (AHRQ). " 2005 national healthcare disparities report." December 2005. www.ahrq.gov/nhdr05/nhdr05.pdf

⁴⁸ National committee for quality assurance (NCQA). " The state of health care quality 2006." www.ncqa.org

A la mi 2006, plus de la moitié des Etats américains différents avaient mis en place un dispositif de paiement à la performance pour améliorer la qualité des prestations. La moitié de ces programmes dataient de plus de 5 ans. Près de 85 % des Etats ont l'intention de le faire dans les 5 ans⁴⁹. L'objectif poursuivi est l'amélioration des pratiques, mais le lien entre qualité et efficacité de la dépense est de plus en plus souligné^{50, 51}.

La plupart des programmes aujourd'hui se concentrent sur la prévention chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes. Une plus grande prise en compte des maladies chroniques comme le diabète et l'asthme est prévue.

Les dispositifs de paiement à la performance, pour ce qui concerne *Medicaid*, se concentrent essentiellement sur les médecins de proximité qui opèrent dans des dispositifs intégrés (*managed care, primary care case management*) (70 % des cas)⁵².

Les indicateurs de performance et les modalités d'intéressement varient selon les programmes⁵³. Certains n'incluent qu'un ou deux indicateurs, d'autres 10 ou plus. La complexité des indicateurs varie également, mais la plupart se réfèrent ou sont proches des indicateurs HEDIS®. Les améliorations intervenues et pas seulement le niveau de qualité atteint, sont de plus en plus valorisées. Bonus et augmentations de tarifs sont les modalités d'intéressement les plus fréquentes.

L'adoption des NTI est non seulement associée au dispositif mais en est souvent partie intégrante : mise en place de dossiers médicaux électroniques, recours à la prescription électronique^{54, 55}. Plusieurs programmes rendent publics les résultats et/ou associent des programmes de *disease management* au dispositif de paiement à la performance.

2.6. Les expérimentations de Medicare

Compte tenu de l'engouement général et de l'expérience accumulée dans les réseaux d'assureurs privés et au sein de *Medicaid*, l'*Institute of Medicine* a recommandé que le paiement à la performance soit également mis en place au sein de *Medicare* qui représente le premier financeur pour la plupart des médecins américains, dans une approche plus globale d'amélioration de la qualité de la prise en charge⁵⁶. Ce que le Congrès a entériné⁵⁷

⁴⁹ « Nationwide survey of state medicaid programs on pay-for-performance practices. » Medical studies/trials; April 2007. The Commonwealth fund. www.cmf.org . www.ipro.org

⁵⁰ Kuhmerker K. et al « Pay-for-performance in State Medicaid programs : a survey of state medicaid directors and programs ». New York: Commonwealth fund. April 2007.

⁵¹ Alteras T et al. « States in action : a bimonthly look at innovations in health policy. January-february 2007 medicaid payment for performance : ongoing challenges, new opportunities. » The Commonwealth fund.

⁵² Une action vis-à-vis du patient intervient parfois aussi, l'incitant à consulter les médecins inclus dans le programme.

⁵³ A New-York, par exemple, le programme prévoit un bonus de 3%. Alors qu'en Pennsylvanie, chaque médecin reçoit un forfait de participation de 200 \$, un bonus annuel de 17 \$ par patient pour la prescription conforme de certains médicaments dans certaines pathologies, un forfait de 40 \$ par patient inclus dans un programme de case management, un forfait de 60 \$ par document de suivi de patients atteints de maladies chroniques et éventuellement 30 \$ supplémentaires par intervention dans le cadre d'un programme de disease management.

⁵⁴ Certains programmes ont même payé les médecins simplement pour les inciter à adopter les nouvelles technologies plutôt que de rétribuer leur performance à proprement parler.

⁵⁵ Foubister U. « Using payment incentives to improve care delivery quality matters. » The Commonwealth fund. July-august 2007. www.commonwealthfund.org. Highsmith N et al. « Rewarding performance in Medicaid managed care. » Centers for health care strategies. March 2006 www.allhealth.org/BriefingMaterials/RewardingPerformanceMedicaidManagedCare-CHCS-497.pdf .

⁵⁶ Institute of Medicine. « Medicare's quality improvement organization program. Maximizing program. Washington, DC: National academy press, 2006.

⁵⁷ Dans le cadre de plusieurs lois, notamment le *Medicare, Medicaid, and SCHIP benefits improvement and protection act* de 2000 et le *Medicare prescription drug, improvement, and modernization act* de 2003.

En réponse, les Centers for Medical Services (CMS), qui gèrent au niveau fédéral Medicare et Medicaid, explorent plusieurs pistes pour favoriser coordination et performance médicale et médico-économique. Ils ont initié de nombreux programmes de *care management*⁵⁸ et plusieurs expérimentations de paiement à la performance avec différents acteurs et différentes structures de prise en charge.

La particularité de ces dispositifs est qu'ils doivent se faire à budget constant, les économies réalisées en réduisant le nombre d'hospitalisations venant rémunérer les gains médicaux obtenus.

Concernant les médecins de proximité⁵⁹, plusieurs dispositifs sont actuellement expérimentés.

La *Medicare healthcare quality demonstration*⁶⁰ cherche à tester différents modèles d'amélioration de la coordination de la prise en charge. Le *Doctor's office quality* (DOQ) mis en œuvre entre 2004 et 2005 a permis de définir et de tester la capacité de mesure et de collecte de différents indicateurs de qualité⁶¹. Ces indicateurs ont été repris dans le programme *Doctor's office quality information technology* (DOQ-IT) dont l'objectif est de favoriser l'utilisation de dossiers médicaux électroniques et le recours aux NTI. Il associe à la mesure de la qualité par voie électronique, un dispositif de paiement à la performance.

La *Physician group practice (PGP) demonstration* est le premier programme de paiement à la performance mis en place par les CMS. Débuté en 2005, il doit durer 3 ans. Il s'adresse à de grands groupes de médecins (au moins 200 médecins) payés à l'acte. Il prévoit, en cas d'économies, que celles-ci soient partagées entre les médecins et Medicare, la part revenant aux médecins (80 %) dépendant à la fois des économies générées et de leurs performances cliniques mesurées par 32 indicateurs axés sur la prévention, sur 4 maladies chroniques (insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, diabète, hypertension) et sur le dépistage du cancer du colon et du sein⁶². Une montée en charge progressive a été prévue et seuls 10 indicateurs sont pris en compte en première année, notamment pour limiter la charge de travail administratif supplémentaire des médecins. Pour la première année, l'incitation a porté à 70 % sur les économies générées et à 30 % sur la performance clinique, en 2^{ème} année la répartition a été respectivement de 60 et 40 %. Elle est de 50-50 en 3^{ème} année.

Les médecins prennent un risque financier car leurs investissements pour améliorer leur performance ne sont pas pris en charge. En revanche, le programme ne prévoit pas de pénalités en cas d'insuccès.

⁵⁸ Dans un but d'amélioration de la qualité et de coût/efficacité, les CMS ont mis en chantier de nombreuses expérimentations concernant les médecins de premier recours : gestion de patients atteints de maladies chroniques, programmes pour les malades à haut risque générant des dépenses importantes, programmes de fin de vie – soins palliatifs, programmes d'amélioration de la qualité, dispositifs mettant en place des procédures de standardisation des pratiques, NTI, registres de patients, des systèmes de gestion de suivi des patients. Voir Pope GC et al. "Risk. Adjustment of Medicare Capitation Payments Using the CMSHCCModel."

www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/PGP_Demo_Design.pdf

⁵⁹ Voir notamment : Trisolini M et al. « Medicare physician group practices :innovations in quality and efficiency ». The Commonwealth fund. December 2006. Mc Carthy D. "Case study: improving quality and efficiency in response to pay-for-performance incentives under the Medicare physician group practice demonstration. September 2006. Guterman S et al. "Enhancing value in the Medicare program: demonstrations and other initiatives to improve Medicare". The commonwealth fund. Davis K et al. "Rewarding excellence and efficiency in Medicare payments ". *Milbank Quarterly* 2007;85:449-68.

⁶⁰ <http://www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/list.asp>

⁶¹ Voir www.cms.hhs.gov/PhysicianFocusedQualInits/downloads/PFOIDoqOverview.pdf et www.cms.hhs.gov/PhysicianFocusedQualInits/downloads/PFOIClinicalMeasures200512.pdf

⁶² Voir notamment Kautter J et al. « Medicare physician group practice demonstration design : quality and efficiency pay-for-performance. » *Health Care Financing Review* 2007; 29(1): 15-29. www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/PGP_Fact_Sheet.pdf

Un autre programme de paiement à la performance, le *Medicare care management performance demonstration*, est axé sur le recours aux NTI et s'adresse aux médecins exerçant en petits groupes. Les indicateurs de qualité sont issus du DOQ et sont pratiquement les mêmes que ceux pris en compte dans la *Physician group practice (PGP) demonstration*. Un premier financement qui peut aller jusqu'à 1 000 \$ par médecin et 5 000 \$ par cabinet, récompense la seule transmission de données pour favoriser l'investissement des médecins. Puis les incitations vont prendre en compte la performance et sont susceptibles d'être majorées de 25 % en cas de transmission électronique des données⁶³.

3. LES PREMIERS RESULTATS

Les quelques évaluations publiées des différents dispositifs de paiement à la performance aboutissent le plus souvent à des résultats positifs mais généralement modestes.

Une analyse récente ayant recensé les études permettant de se faire une opinion méthodologiquement valable sur l'impact du paiement à la performance, c'est-à-dire comportant soit un groupe témoin soit une étude avant-après, montre que peu d'études évaluent les dispositifs de paiement à la performance de façon satisfaisante. A partir d'une sélection de plus de 3250 articles parus entre 1980 et 2005, seuls 17 ont pu être retenus, sans qu'on puisse, de surcroît, écarter un biais de sélection poussant à ne pas publier des résultats négatifs ou peu convaincants⁶⁴.

Des 17 études, 16 ont concerné l'exercice de ville. Treize ont mesuré des indicateurs de procédures, principalement à visée préventive. Treize études sur 16 ont eu des résultats positifs mais souvent partiels. Ainsi, par exemple, la même étude a montré une amélioration significative ($p=0.02$) du taux de dépistage de cancer du col de l'utérus, mais rien de significatif concernant l'hémoglobine glyquée ou le taux de mammographies réalisées. En revanche, cette même revue de la littérature a recensé des effets négatifs dans trois des 16 études : limitation de l'accès au dispositif pour les patients les plus sévèrement atteints dans l'une, résultats positifs liés à un meilleur recueil de données plutôt qu'à une amélioration effective de la pratique de vaccination dans deux autres.

D'autres publications ou présentations récentes semblent corroborer l'effet positif de l'incitation financière sur la performance clinique⁶⁵.

Récemment, un programme mené pendant 6 ans concernant des patients pris en charge dans le cadre d'une *preferred provider organization* (PPO) - c'est-à-dire ayant le choix de leur médecin celui-ci étant rémunéré à l'acte - a montré une amélioration significative de la qualité des soins d'un facteur moyen de 1.06 (1.03-1.08) à 1.27 (1.09-1.40) selon les indicateurs⁶⁶.

⁶³ De son côté, le Government accountability office (GAO) du Congrès, du fait des limites du dispositif collectif de financement des médecins dans le cadre de *Medicare* et du déficit budgétaire annoncé, s'interroge sur l'opportunité de mécanismes régulateurs individuels. Steinwald AB. « Medicare spending. Preliminary findings regarding an approach focusing on physician practice patterns to foster program efficiency. » GAO-07-567T. Mars 2007; www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-07-567T

⁶⁴ Petersen L et al. "Does pay-for-performance improve the quality of health care?" *Ann Intern Med.* 2006;145:265-272.

⁶⁵ Levin-Scherz J. « Impact of pay-for-performance contracts and network registry on diabetes and asthma HEDIS measures in an integrated delivery network. » *Medical Care Research and Review.* 2006;63:14S-28S. Young G et al. "Effects of paying physicians based on their relative performance for quality." *J General Int Med* 2007; 22(6): 872-876. De Brantes F. "How to achieve a real return on investment (ROI) in pay for performance. Bridges to excellence. Third national pay for performance summit. Los Angeles. February 2008.

⁶⁶ Gilmore A et al. « Patient outcomes and evidence-based medicine in a preferred provider organization setting: a six year evaluation of a physician pay-for-performance program. » *Health research and educational trust.* 2007;42: 2140-2160.

L'évaluation de la 1^{ère} année d'expérimentation de la *Medicare physician group practice demonstration*, montre que tous les 10 groupes de médecins engagés ont amélioré leur performance vis-à-vis d'au moins 7 des 10 indicateurs pris en compte en année 1⁶⁷. Deux groupes l'ont amélioré au regard des 10 indicateurs. Trois groupes ont réalisé des économies par rapport à un groupe de comparaison local, deux d'entre eux dans des proportions suffisantes pour recevoir les incitations financières prévues.

Dans le cadre de *Medicaid*, l'introduction du paiement à la performance a, dans certains cas, été positive : à tout le moins, elle s'est accompagnée d'une amélioration concomitante de la prise en charge. Ainsi, une étude ayant porté sur 7 plans d'assurances différents dont 2 sans paiement à la performance a montré qu'une amélioration de 7.5 à 27 % était intervenue - à comparer à une évolution nationale moyenne de 4 % - dans le suivi de nouveau-nés couverts par *Medicaid* en Californie entre 2002 et 2005⁶⁸.

Dans le cadre d'Integrated healthcare association les résultats cliniques sont parfois encore plus notables ; mais l'absence de groupes contrôles ne permet pas de garantir une corrélation entre résultats constatés et paiement à la performance.

Dans l'étude de 2007 de Rosenthal suscitée, peu de programmes ont fait l'objet d'une véritable évaluation conduite par des évaluateurs indépendants. De plus peu d'études permettent d'imputer avec certitude de manière exclusive les améliorations constatées aux dispositifs de paiement à la performance⁶⁹.

Le sentiment des opérateurs quant à l'impact du paiement à la performance n'est pas univoque : certains estiment qu'il apporte un plus tangible (opérateurs couvrant 38 % des assurés), d'autres des résultats mitigés (correspondant à 42 % des assurés) ou aucune amélioration (20 % des assurés). En tout état de cause, les gestionnaires estimaient qu'il était plus équitable de rémunérer la qualité plutôt que la seule quantité et que le paiement à la performance avait le mérite de préparer d'autres évolutions (transparence des performances, différenciation des niveaux de rémunération).

Dans l'enquête *Leapfrog* et *Med-Vantage* de 2007⁷⁰, plusieurs assureurs questionnés ont fait part d'un impact positif aux plans clinique (dans 76% des cas) et économique (retour sur investissement positif, économies générées ou croissance des coûts maîtrisée dans 30 % des cas) et en ce qui concerne l'investissement des médecins en matière de NTI (30 %). Toutefois un certain scepticisme perdure, notamment du fait des difficultés à séparer ce qui relèverait spécifiquement du paiement à la performance, des autres démarches susceptibles elles aussi d'influencer l'amélioration des prises en charge (transparence et diffusion publique des résultats, *disease management...*).

4. PERSPECTIVES AUX USA

Au total, la prise en compte de la performance et sa rémunération se sont considérablement développées au cours de la dernière décennie aux Etats-Unis en particulier auprès de la médecine de soins primaires.

⁶⁷ www.cms.hhs.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/list.asp#TopOfPage.

⁶⁸ Etaient concernés 72 à 2000 médecins selon les plans, au total 2400 médecins ayant suivi 61800 enfants. Ils ont touché selon les cas de 50 à 200 \$ supplémentaires pour un suivi adéquat de 6 consultations sur les 15ers mois de vie. Felt-Lisk S et al. « Making pay-for-performance work in medicaid. » *Health Affairs*. 2007 ;26 : w516-w527.

⁶⁹ Le diabète, le dépistage de cancers et la prise en charge de malades cardiaques hospitalisés semblent être ce qui tire le plus parti de ces programmes.

⁷⁰ Baker G et al. "Pay for performance: national perspective. 2006 longitudinal survey results with 2007 market updates." The Leapfrog group. Med-Vantage, Inc. December 2007 www.leapfroggroup.org www.medvantage.com.

La mise en œuvre des programmes de paiement à la performance ne repose pas sur une méthode stabilisée. Il n'y a pas de modèle type. Mais plusieurs guides sont disponibles pour les opérateurs⁷¹. Tous insistent sur l'attention à porter au système d'information.

Les résultats médicaux semblent positifs mais, sauf exception, relativement modestes. Leur impact propre reste imprécis et leur rentabilité intrinsèque reste un sujet de débat.

Néanmoins, la dynamique est indéniable. La plupart des observateurs et des assureurs américains déjà impliqués dans le paiement à la performance semblent être convaincus de la pertinence de la démarche et disent qu'ils vont continuer dans cette voie et même augmenter la part d'incitation dans la rémunération.

Tous ne s'accordent pas sur le rôle qu'ils en attendent à long terme. Pour certains, la transparence et la diffusion des résultats relatifs à la performance des prestataires pourraient constituer un levier plus puissant que la rémunération. La plupart estiment que le paiement à la performance n'est qu'un moyen parmi d'autres pour améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge.

⁷¹ CMS. "The guide of quality measures : a compendium, volume 1." Agency for healthcare research and quality (AHRQ). "Pay-for-performance : a decision guide for purchasers". April 2006. Institute of Medicine. " Performance measurement : accelerating improvement." Washington D.C. National academies press, 2006. Institute of Medicine. " Rewarding provider performance : aligning incentives in Medicare." Washington D.C. National academies press, 2006. Lhanos K et al. "Centers for health care strategies. Physician pay-for-performance in Medicaid: a guide for states. Miller HD. "Creating payment systems to accelerate value-driven health care: issues and options for policy reform." The commonwealth fund. September 2007. www.commonwealthfund.org

Les questions posées par le paiement à la performance

A partir de la présentation des expériences de paiement à la performance aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, il est possible d'évoquer certaines questions stratégiques dans la perspective de l'introduction éventuelle d'un système de paiement à la performance en France.

1. QUELLE PERFORMANCE : QUALITE CLINIQUE, RELATION AVEC LES PATIENTS, EFFICIENCE ?

La notion de performance englobe plusieurs dimensions. Elle peut s'appliquer soit aux performances cliniques et à la qualité des soins, soit à la qualité des relations avec les patients et à leur niveau de satisfaction, soit, enfin, à l'efficacité de la pratique, à la capacité à minimiser les coûts pour un niveau de qualité donné. Si la prise en compte de la qualité clinique relève de l'évidence, la prise en compte des deux autres dimensions dans la rémunération à la performance est plus problématique.

1.1. *La qualité des relations et la satisfaction des patients.*

Pour ce qui concerne la qualité des relations avec les patients, elle mérite d'être prise en compte dans un dispositif de paiement à la performance si l'offre est rationnée et le libre choix du patient limité. Dans l'hypothèse inverse, la sanction la plus immédiate d'une insatisfaction ressentie est le changement de praticien. Ainsi, en France, sauf dans les zones où l'offre de médecin est insuffisante, l'insatisfaction du patient peut se manifester aisément par un changement de médecin.

Aux USA la situation est plus complexe. La satisfaction des patients et donc sa mesure et sa rémunération est un enjeu dans le cadre de la concurrence entre assureurs. Certains ont toutefois abandonné ce type d'indicateurs car ils s'avèrent trop coûteux et insuffisamment discriminant.

Au Royaume-Uni, la politique du NHS vise à favoriser le libre choix du cabinet, les possibilités pour les patients de changer de cabinet sont moindres qu'en France. La satisfaction des patients n'y est, pour autant, prise en compte que sur un mode indirect, le taux de satisfaction des patients ne détermine pas la rémunération. Il est simplement demandé aux cabinets de procéder régulièrement à cette mesure et d'établir des plans d'action. Cette approche peut paraître accommodante à l'égard des cabinets, l'insatisfaction éventuelle des patients n'est pas directement sanctionnée. Peut-être est-ce toutefois une manière pertinente d'engager les cabinets dans une dynamique de progrès ?

Au Royaume-Uni, le patient est amené à apprécier les services d'un cabinet soit les services d'une équipe, d'un segment d'un service public. La mesure de la satisfaction serait, dans le contexte français, largement artificielle et en contradiction avec le caractère très personnel de la relation patient/médecin liée notamment au paiement direct. Sans même évoquer son coût élevé, elle donnerait d'ailleurs très certainement des résultats excellents et peu discriminants. La mesure de la satisfaction.

Il ne paraît pas pertinent d'envisager, en France, de mesurer et de valoriser la satisfaction des patients dans le cadre d'un éventuel dispositif de paiement à la performance

1.2. L'efficience.

Au Royaume-Uni, aucun des indicateurs du QOF n'est orienté vers une économie immédiate. Il n'est jamais demandé au médecin de s'abstenir de traiter. Au contraire certains indicateurs sont orientés vers un élargissement des traitements médicamenteux (cf. exemple du traitement par IEC dans le cas du diabète). Le dispositif est orienté vers la performance sanitaire et non vers la performance économique.

Il est vrai que, par rapport à la France, les niveaux de prescription sont fondamentalement différents et qu'il existe, par ailleurs, au sein du NHS des dispositifs de contrôle/régulation des dépenses plus efficaces. Le *practice based commissioning* a déjà été évoqué. Par ailleurs, dans le cadre des relations entre les cabinets et les PCT des contrats spécifiques peuvent être souscrits en vue d'optimiser la prescription (*prescribing incentives schemes*). Il s'agit toutefois de contrats locaux, négociés spécifiquement, sans interférence avec le paiement à la qualité. Exclure l'efficience du dispositif de paiement à la performance permet de réduire les conflits d'éthique ou de valeur ; le médecin n'est pas "acheté pour restreindre les soins". On peut penser que cet aspect a, parmi d'autres, contribué à l'acceptation du dispositif au Royaume-Uni⁷².

On peut noter toutefois que le paiement à la performance vient d'ailleurs soutenir ce type d'initiative. Le cabinet peut obtenir jusqu'à huit points si une rencontre est organisée avec le conseiller pharmaceutique du PCT, si cette rencontre débouche sur un accord autour de trois actions visant à améliorer la prescription et si le cabinet peut démontrer que cet accord a été suivi d'effets. Le système de paiement à la performance vient ainsi soutenir et conforter un élément de la régulation des prescriptions au Royaume-Uni, l'audit/supervision des prescriptions par les pharmaciens conseils des PCT. Le lien avec l'efficience est donc indirect, le QOF conforte un processus décentralisé d'incitation à l'efficience.

Aux Etats-Unis, les dispositifs de paiement à la performance ont rarement intégré dans un premier temps des indicateurs d'efficience et se sont concentrés sur les dimensions qualité, satisfaction, utilisation des NTI. Les avis sont partagés sur les évolutions actuelles des programmes. Une enquête⁷³ fait apparaître une diminution entre 2005 et 2006 de la part des objectifs d'efficience alors que d'autres observateurs estiment que ces objectifs vont prendre une place croissante⁷⁴.

Pour ce qui concerne la France, il est parfois envisagé d'introduire des incitations à la performance pour favoriser les prescriptions au sein du répertoire dans les classes où des spécialités génériques coexistent avec des spécialités qui ne sont pas encore généricables. Introduire de tels indicateurs risque de saper la légitimité du dispositif qui, à tort ou à raison, sera soupçonné d'obéir à des motivations "comptables" et non sanitaires. Si le dispositif est fondé sur le volontariat, des incitations de ce type peuvent limiter le degré de participation comme dans le cas du "médecin référent".

De plus, d'autres moyens existent pour atteindre l'objectif de "payer" les médicaments d'une classe au prix des génériques. On peut envisager de limiter drastiquement la promotion sur les classes concernées et d'accentuer l'action des délégués de l'assurance maladie ou, méthodes plus efficaces, soit de diminuer les prix des médicaments non génériques de ces classes, soit d'introduire des

⁷² De manière symptomatique, une polémique s'est développée lorsqu'un PCT a construit un système local d'incitation à la prescription des statines en référence au système de paiement à la performance (notion de point, valeur du point). Cette initiative pouvait laisser penser que le paiement à la performance était utilisé pour favoriser l'efficience, le ministère de la santé a été conduit à faire une mise au point pour calmer les inquiétudes.

⁷³ The Leapfrog Group, décembre 2007, art. cité.

⁷⁴ M. B. Rosenthal et al. 2007, art. cité.

"jumbo class"⁷⁵. Il y aurait quelque paradoxe à refuser de prendre de telles mesures gratuites alors que l'on accepterait de rémunérer les médecins dans l'espoir de parvenir à un résultat similaire et à en transférer la responsabilité aux médecins. De plus, de tels objectifs d'efficience ne s'inscrivent dans aucune logique de moyen/long terme au contraire de l'amélioration des pratiques. Ils n'auront plus de sens lorsque la classe entière sera généricable). Ce type d'économies n'est donc pas un gage pérenne pour financer le paiement à la qualité, les rémunérations des médecins ne peuvent évoluer au gré des passages aux génériques.

Au total, compte tenu du discrédit que l'introduction d'indicateurs d'efficience risque de faire peser sur un éventuel dispositif de paiement à la performance, de tels indicateurs ne devraient être retenus qu'en l'absence d'alternative. Dès lors que des moyens moins coûteux peuvent être envisagés, l'introduction d'indicateurs d'efficience est à proscrire.

En tout état de cause, comme au Royaume-Uni, il est souhaitable de distinguer un dispositif d'incitation orienté exclusivement vers la qualité de dispositifs d'incitation à l'efficience, dispositifs qu'il est, par ailleurs, préférable de négocier localement et d'ajuster selon les caractéristiques propres à chaque médecin.

Dans la mesure où le dispositif n'engloberait pas la satisfaction des patients et l'efficience, il serait opportun d'abandonner la notion de "paiement à la performance" et de privilégier les termes de "paiement de la qualité".

2. LES DIVERSES DIMENSIONS DE LA QUALITE CLINIQUE

Un dispositif orienté vers la qualité quel qu'il soit, ne serait susceptible de récompenser en tout état de cause que certains aspects de la prise en charge médicale.

Le paiement à la qualité peut difficilement valoriser la qualité dans la prise en charge des épisodes aigus. De même, il ne prend pas en compte certains des motifs banals de consultation (fatigue, fièvre, douleur, grippe) qui sont parmi les plus courants dans la pratique de la médecine générale en France. Par ailleurs, il ne peut appréhender ce qui, dans une représentation commune, relève du cœur de l'art médical : l'habileté pour poser le bon diagnostic, pour détecter le cas rare sous des signes banals, pour identifier dans l'urgence le geste ou le médicament qui sauve une vie, pour prendre la bonne décision thérapeutique dans les situations complexes (polypathologies...). Autant d'éléments de qualité qui ne peuvent être traduits en indicateurs mesurables.

Le paiement à la performance récompense d'autres facettes de l'exercice clinique : la gestion moyenne d'une population, le respect des standards, l'accompagnement des patients, le travail en équipe. En effet, le paiement à la performance valorise essentiellement l'aptitude des médecins à proposer ou prescrire les traitements conformes aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prévention primaire ou de pathologies chroniques et à assurer un accompagnement du patient (rappel, éducation thérapeutique, soutien à la motivation) pour favoriser son observance.

Le paiement à la performance emporte donc avec lui une conception de la médecine de premier recours : une médecine gestionnaire, une médecine relationnelle, un médecin de population que l'on peut distinguer, pour l'analyse, d'une médecine "artiste", d'une médecine organisée autour du seul "colloque singulier", d'une médecine de l'exploit, d'une médecine de haute technicité.

⁷⁵ Il est vrai que ces orientations se heurteraient à une opposition de l'industrie pharmaceutique mais un dispositif de paiement à la performance ayant des objectifs similaires devrait susciter la même opposition sauf si l'industrie pharmaceutique parie sur l'échec du dispositif.

Le paiement à la performance ne prend pas en compte toutes les dimensions de la qualité. Une politique de la qualité en ville ne saurait se résumer au paiement à la performance.

3. QUELLE ARTICULATION ENTRE LES INCITATIONS ET LES PROGRES DE LA QUALITE ?

Par construction, les dispositifs de paiement à la performance ont pour vocation de favoriser une amélioration de la qualité des pratiques.

On peut distinguer deux modalités par lesquelles la rémunération peut a priori influencer sur la qualité.

La plus immédiate consiste à considérer que les incitations financières vont conduire le médecin à travailler mieux du seul fait que la qualité est spécifiquement rémunérée. La perspective d'une "récompense" conduirait le médecin à adopter de meilleures pratiques, meilleures pratiques qu'il n'adopterait pas spontanément par manque de motivation ou d'attention. Ce mode d'influence du paiement à la performance ne peut être totalement écarté mais son impact devrait être limité. En effet, pour qu'il soit significatif, il faudrait faire l'hypothèse que les motivations propres aux médecins (éthique, souci du patient...) ne sont pas en elles-mêmes suffisantes pour le conduire à une pratique de qualité. Cette hypothèse, très désobligeante à l'égard du corps médical, ne paraît pas pouvoir rendre compte, sauf exception, du comportement des médecins. Il est peu probable que les médecins réagissent de manière quasi mécanique à un simple mécanisme de "récompense".

Aussi, il paraît plus pertinent de considérer que le paiement à la performance peut agir, éventuellement, comme une incitation à investir adressée aux médecins. Le médecin, acteur économique rationnel, du fait de la perspective de gains que constitue le paiement à la performance, va être conduit soit à travailler plus, soit à investir dans sa pratique (recrutement de personnels auxiliaires, acquisition d'outils relevant notamment des NTI) pour améliorer ses résultats.

C'est en ce sens que les programmes américains de paiement à la performance incluent des incitations directes à l'utilisation des NTI. A priori, ce type d'incitations relève plus d'une forme de subvention de moyens que de la rémunération à la performance. Toutefois, s'il est apparu pertinent dans certains programmes américains de ne pas seulement rémunérer des résultats mais l'utilisation de certains outils, c'est bien parce que l'amélioration de la performance passe nécessairement par l'investissement des cabinets dans des outils de gestion de leur patientèle (essentiellement des dossiers informatisés patients sous forme de registres permettant une gestion active de la population prise en charge). Plusieurs études sur des groupes de médecins américains suggèrent que les incitations externes à la qualité se traduisent par la mise en place de processus de soins organisés (registre de patients, capacités d'éducation thérapeutique, procédures proactives...)⁷⁶.

Le paiement à la qualité doit donc être pensé, moins comme un dispositif de récompense visant à influencer sur l'attention et les motivations des médecins, que comme une incitation et un support à un investissement en vue d'améliorer la qualité. Dans cette perspective, il est indispensable que les gains à attendre du système de paiement à la performance soient significatifs et clairement prévisibles. Ce n'est qu'à cette condition que l'on peut espérer que le professionnel engagera les investissements nécessaires aux changements de sa pratique. Ces investissements sont, en tout état de cause, nécessaires pour que le professionnel puisse maîtriser et donc améliorer ses performances (cf. infra point 4).

⁷⁶ Casalino L. et al. "External incentives, information technology and organized process to improve health care quality for patients with chronic disease" *JAMA*. 2003; 289(4):434-441. De Brantes F. "Lessons learned from a national pay-for-performance program." January 2007 www.hctproject.com.

Il faut toutefois souligner que les espoirs que l'on peut placer en France dans le développement du paiement à la qualité restent réduits dans la mesure où même équipés en matériel informatique adéquat, se posera le problème de leur disponibilité. Il est peu probable que les médecins généralistes puissent globalement travailler plus. Ils travaillent en effet déjà beaucoup (55 à 59 heures en moyenne) et aspirent majoritairement à réduire leur temps de travail. Un généraliste sur deux souhaite réduire son temps de travail de 12 heures en moyenne⁷⁷.

Par ailleurs, l'absence de travail en équipe notamment avec des infirmières, réduit la perspective de voir de se développer de nouvelles formes d'organisation du travail et des investissements humains et matériels lors de la mise en place éventuelle d'un dispositif de paiement à la performance. D'ailleurs à cet égard, aux Etats-Unis, il apparaît que la capacité à investir n'est pas le seul obstacle mais que les médecins exerçant seuls ou dans des petits groupes, faibles utilisateurs des dossiers patients informatisés, n'ont généralement pas "une forte compréhension au plan conceptuel de la manière d'utiliser les supports modernes de la décision médicale"⁷⁸.

Plus qu'un simple dispositif de récompense, le paiement à la performance doit être considéré comme une incitation à investir en temps et en moyen pour améliorer les pratiques.

4. QUELLES CAPACITES A GERER LA QUALITE ?

Mettre en place un dispositif de paiement à la performance ne prend tout son sens que si le médecin est effectivement en capacité de gérer les performances pour lesquelles il est rémunéré. Si le médecin est rémunéré pour des résultats sur lesquels, faute de moyens, il a peu de prise, le dispositif se traduira par un effet d'aubaine pour les médecins "naturellement performants" sans effets positifs significatifs sur l'amélioration des pratiques en général.

Aux Etats-Unis, il semble admis que "sans infrastructure (de gestion de la qualité), il est difficile pour les prestataires de soins de faire des progrès substantiels et durables en matière de qualité"⁷⁹. Plusieurs études réalisées auprès de médecins isolés pouvant bénéficier d'un dispositif de paiement à la performance révèlent un très faible engagement des praticiens. Ces derniers n'ont pas une bonne connaissance du dispositif et manquent de moyens pour répondre aux incitations qui leur sont adressées. Le dispositif apparaît déconnecté de la pratique réelle⁸⁰.

Concrètement, l'amélioration des performances suppose que les médecins concernés disposent de registres informatisés, de dispositifs d'alerte qui leur permettent d'adopter une attitude proactive vis-à-vis de leurs patients, de systèmes d'aide à la décision⁸¹. Par exemple, si les performances en termes de fréquence d'exams de dépistage des cancers du sein doivent être améliorées de façon significative, le simple conseil « opportuniste » lorsqu'une malade consulte, pratique largement répandue en médecine générale en France⁸², ne suffit pas. Et il est à craindre qu'il ne soit guère optimisé même dans le cadre d'un programme de paiement à la performance. Pour permettre une avancée significative les médecins doivent pouvoir disposer d'un fichier de clientèle pour, à leur

⁷⁷ D'après Aulagnier M. et al. "L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises", *Etudes et Résultats*, DREES, n°610, novembre 2007.

⁷⁸ Young G.J. et al. "Pioneering pay-for-quality : lessons from the rewarding results demonstrations", *Health Care Financing Review*, automne 2007, volume 29, n°1, P.59-70

⁷⁹ Young G.J. et al. art.cité.

⁸⁰ Teleki S. Damberg S. Pham D. Berry S. "Will financial incentive stimulate quality improvement? Reaction from the front line" *American Journal of Medical Quality*. 2006; 21, n° 6 : 367-374. De Brantes F. « Pay for performance and beyond : a recipe for improving care. » www.qualityconundrum.com.

⁸¹ Williams T et al. "Pay for performance : its influence on the use of IT in physician organizations." *J Med Practice Manag* 2006; 21(5): 872-876.

⁸² Aulagnier M. et al. "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention, l'enseignement d'un panel de généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur", *Pratique et Organisation des Soins*, volume 38, n°4, octobre-novembre 2007.

initiative, rappeler ou faire rappeler les femmes qui devraient subir une mammographie. Aussi le paiement à la performance est-il lié à l'informatisation des dossiers des patients et du cabinet médical, informatisation qui doit être pensée non seulement pour la gestion individu par individu mais également pour une gestion en termes de population.

Par ailleurs, au-delà des outils techniques, le médecin doit disposer de temps, du temps propre ou du temps de collaborateurs, pour mettre en œuvre ces procédures de rappel et d'accompagnement des patients.

Les effets positifs éventuels du paiement à la performance seront limités si les médecins n'ont pas les moyens de gérer activement les indicateurs pris en compte. Il convient qu'ils disposent d'outils techniques informatisés et de temps (temps propre ou temps de collaborateurs) pour adopter une attitude proactive à l'égard de leurs patients.

5. GESTION DE LA PERFORMANCE ET DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Dans sa version initiale, le projet de dossier médical personnel (DMP) n'est pas de nature à fournir un support de gestion pour améliorer les performances des médecins. En effet, il est conçu essentiellement comme un dossier personnel, propriété du patient, mobilisable dans le cadre du colloque singulier entre le patient et le médecin pour améliorer la qualité des décisions thérapeutiques. Dans cette hypothèse, il n'a pas vocation à constituer un outil de gestion de la patientèle du médecin. Une interrogation transversale visant, par exemple, à extraire les coordonnées de tous les patients atteints de la pathologie X et présentant la caractéristique Y est exclue, par construction, dans la mesure où seul le patient peut autoriser l'accès aux données les concernant et à elles seules.

Toutefois, lors de la mission, la conception du DMP, était en cours de révision. Selon les premiers éléments communiqués à la mission, l'orientation stratégique était de réorienter les DMP vers un dossier conçu dans une optique plus "professionnelle" et moins "personnelle". Dans ce cas, le projet de mise en place du DMP et la constitution de dossiers patients informatisés susceptibles de servir de support à une gestion proactive des patients pourraient et devraient converger.

Le projet de DMP peut servir de support à une gestion de leurs performances par les médecins si sa conception est profondément réorientée.

6. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, LEGITIMITE, ADHESION ET MOTIVATION DES MEDECINS

Le principe même du paiement à la performance questionne la figure traditionnelle du médecin selon laquelle, guidé par sa seule éthique, il doit délivrer et donc délivre les meilleurs soins à ses patients. Envisager que des incitations financières, en plus des motivations éthiques du médecin, soient utiles ou nécessaires peut être interprété comme une remise en cause de la confiance accordée par le corps social au corps médical⁸³.

A cet égard, la pertinence même de délivrer des incitations financières à des professionnels qui obéissent, par ailleurs, à d'autres motivations est parfois contestée. Il est avancé que les motivations intrinsèques à l'activité médicale (soit les motivations qui ne reposent sur aucune perspective de récompense financière mais sur la satisfaction retirée de l'activité elle-même : souci du patient, déontologie, satisfaction intellectuelle et relationnelle...) pourraient être affaiblies par des

⁸³ Même si le paiement à la performance doit être pensé dans une dynamique d'investissement dans la qualité et non comme un simple outil de soutien de la motivation.

incitations financières. Plusieurs types de raisonnement sont mobilisés pour rendre compte de ce phénomène : le professionnel, dès lors qu'on le considère comme un agent intéressé se conformerait à la nouvelle représentation qui lui est donnée de son activité et se comporterait effectivement en agent calculateur et optimisateur ; le professionnel dès lors que l'on achète son engagement considèrera que l'on témoigne d'une suspicion à son égard et cette suspicion rejaillirait sur son estime de soi et sur la vigueur de son engagement. Ainsi il est avancé que "quand la politique économique renforce l'intérêt personnel en développant, par exemple, des politiques de récompense monétaire ou d'incitation financière individuelle, elle renforce la saillance du cadre marchand et réduit celle du cadre éthique"⁸⁴.

Le surcroît de "performance" lié aux incitations financières serait, dans certaines hypothèses, au total, moindre que les effets négatifs dus à l'affaiblissement des motivations intrinsèques. Pour autant, les incitations peuvent également être considérées comme confortant les motivations intrinsèques dès lors qu'elles n'affaiblissent pas l'estime de soi et le sentiment d'autonomie de l'agent⁸⁵.

Ces effets potentiels ont été étudiés, dans le cas anglais, par une étude ethnographique sur deux cabinets. Cette étude qui ne prétend pas être représentative conclut que les motivations intrinsèques des équipes n'ont pas été affaiblies par le dispositif dans la mesure où celui-ci s'articule autour d'objectifs de qualité des soins qui sont congruents avec les motivations profondes des équipes. Le dispositif apparaît donc légitime et, de ce fait, est bien accepté. Il en serait sûrement différemment si le dispositif avait comporté des objectifs d'efficacité (économies sur les soins). Le dispositif globalement accepté n'en suscite pas moins des tensions car il conduit à une surveillance croisée des performances entre les membres du cabinet. Le système apparaît plus contraignant pour les infirmières auxquelles ont été déléguées les tâches de collecte et de suivi des données⁸⁶.

Cette étude, à elle seule, ne conclut pas la question. La possibilité que la mise en place d'un système de paiement à la performance puisse dans certaines hypothèses avoir une influence négative sur les motivations et les comportements des médecins ne peut être écartée. Les caractéristiques du dispositif (clarté et pertinence des objectifs et des indicateurs, niveau de consensus sur ces indicateurs, équité du système entre médecins...), les conditions de sa mise en place (perception par les médecins de la légitimité du payeur, niveau de soutien des représentants du corps médical...) et, plus trivialement, les perspectives de gains associées au dispositif ne sont sûrement pas sans conséquences sur la manière dont les incitations à la performance vont se conjuguer ou s'opposer aux motivations intrinsèques des médecins.

Le paiement à la performance ne doit pas être conçu comme un simple dispositif de récompense appelant à une réponse quasi mécanique des médecins mais comme un support pour une démarche d'investissement et de modification des pratiques.

7. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET ATTITUDE DES REPRESENTANTS DES MEDECINS

L'attitude des représentants des médecins constitue certainement un élément de la légitimité d'un éventuel dispositif de paiement à la performance.

⁸⁴ P. Batifoulier, O. Thévenon, "La préférence éthique du médecin : quelques enseignements pour l'action collective", Document de travail, FORUM, Université de Paris X Nanterre.

⁸⁵ B. Frey, B. Jegen "Motivation crowding theory: a survey of empirical evidence", *Journal of Economic Surveys*, 2001, 15(5), p 589-611.

⁸⁶R. McDonald et al. "Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care : ethnographic study". *BMJ*. 2007; 334 :1357-9.

Au Royaume-Uni, le paiement à la performance bénéficie d'un soutien sans restriction de la part de la BMA. Pour la BMA, le QOF "devrait conduire à des améliorations de l'état de santé et à une réduction de la mortalité prématurée notamment à travers une meilleure gestion des patients atteints de maladies chroniques ...8700 vies pourraient être épargnées dans le domaine des maladies cardio-vasculaires sur les cinq prochaines années par un effet direct du QOF"⁸⁷. La BMA défend donc le dispositif et entend en préserver l'intégrité, elle est attentive notamment à ce que les indicateurs soient fondés sur des preuves. Ainsi, elle regrette notamment l'intégration d'indicateurs relatifs à l'obésité à l'initiative du gouvernement motivé, selon elle, par un "affichage politique" alors qu'il n'est pas démontré qu'en ce domaine l'action du généraliste soit déterminante.

Aux Etats-Unis, l'implication grandissante des médecins et de leurs représentants vis-à-vis de la médecine fondée sur les preuves, leur compréhension affichée en matière d'optimisation de l'utilisation des ressources⁸⁸, et les avancées réalisées en matière de mesure de la performance^{89, 90} ont aidé au développement du paiement à la performance sans que l'on puisse parler d'une véritable adhésion collective.

L'American Medical Association (AMA) a posé toute une série d'exigences à l'égard des programmes de paiement à la performance. Le premier objectif du programme doit être la qualité des soins et non la réalisation d'économies. Le programme doit permettre l'exercice du jugement clinique du médecin. La participation au programme doit être volontaire. Les paiements en fonction de la performance doivent être financés par une augmentation des "budgets" et non par réaffectation des rémunérations antérieures. Les programmes ne doivent pas favoriser la sélection des patients. Ils ne doivent pas pénaliser les populations défavorisées. Ils doivent prendre en compte dans l'appréciation des résultats la "non-compliance" des patients. Les médecins doivent se voir reconnaître le droit de discuter les résultats⁹¹. Si les représentants des médecins américains ne récusent pas le principe de la rémunération à la performance, ils font valoir des revendications en vue de protéger l'indépendance et les intérêts des médecins qui témoignent, pour le moins, d'une certaine circonspection à l'égard du paiement à la performance.

L'American College of Physicians (ACP) reconnaît que le paiement à la performance peut potentiellement améliorer la qualité des soins. Il souligne toutefois que les programmes actuels ne parviennent pas à prendre en compte les besoins des patients dans leur globalité et dans leur diversité⁹². Il soutient le concept de "maison médicale avancée"⁹³ (Advanced Medical Home) où le médecin de premier recours assume, aidé par une équipe de professionnels, la responsabilité globale de la prise en charge du patient. Dans ce contexte, il recommande que le mode de rémunération du médecin intègre une part de paiement à la qualité⁹⁴.

⁸⁷ Voir "GP contract and workload" Décembre 2006 www.bma.org.uk. Bien évidemment, on peut penser que ce soutien s'explique par le fait que la BMA a négocié le dispositif et que celui-ci s'est traduit par une augmentation importante du revenu des généralistes.

⁸⁸ ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European federation of internal medicine. "Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *J Am Coll Surg*. 2003;196:113-4.

⁸⁹ Rowe JW. « Pay-for-performance and accountability : related themes in improving health care. » *Ann Intern Med*. 2006;145:695-9.

⁹⁰ Soriano R. National committee for quality assurance (NCQA). "Measuring, reporting and rewarding performance in health care." The Commonwealth fund. March 2006. www.cmwf.org

⁹¹ Voir "Principles for pay-for-performance programs" et "Guidelines for pay-for-performance programs" Juin 2005 www.ama-assn.org .

⁹² Position paper of the American College of Physicians, Pay-for-performance principles that ensure the promotion of centered care- An ethic manifesto, 2007 www.acponline.org.

⁹³ Ces maisons médicales évoquent les maisons de santé pluridisciplinaires envisagées en France.

⁹⁴ Voir "American College of Physicians, The Advanced Medical Home : A patient centered, physicians-guided model of health care", 2006 ainsi que "A system in need to change : Restructuring policies to support patient-centered care", 2007. www.acponline.org.

Le dispositif de paiement à la performance ne pourra pas compter en France sur un soutien semblable à celui qu'il connaît au Royaume-Uni. Aux Etats-Unis le débat sur le paiement à la performance renvoie à la question même de l'organisation et du rôle de la médecine générale.

8. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET EQUITE SOCIALE

L'impact du paiement à la performance sur les inégalités devant les soins pose question⁹⁵. Cette modalité de rémunération des médecins pourrait éventuellement accroître les inégalités.

Il serait plus difficile d'obtenir un "comportement compliant" lorsque sont pris en charge des patients défavorisés soit au plan économique, soit en termes de niveau d'éducation (difficultés de communication et de compréhension, moindre souci de la santé, obstacles financiers...). Ainsi le paiement à la performance pénaliserait les médecins qui exercent dans des zones défavorisées. Il pourrait à terme défavoriser les patients eux-mêmes du fait d'un moindre attrait de ces zones pour les médecins ou d'une moindre capacité à investir des médecins qui y sont installés.

Les médecins pourraient être incités à écarter les patients dont ils pensent qu'ils contribueront à dégrader leur niveau de performance. Il est vrai qu'écarter un patient a un coût (perte de la rémunération à l'acte ou à la capitation liée à sa prise en charge) qui doit être, en règle générale, supérieur au gain que son exclusion provoquerait sur la rémunération à la performance. Toutefois, ce comportement ne peut être exclu si le médecin est saturé ou si l'effet de réputation est en jeu dans le cas où les résultats atteints sont rendus publics.

Le paiement à la performance incite les médecins à se concentrer sur les indicateurs de performance au détriment, éventuellement, de l'écoute et de l'attention portée aux patients. Cette attitude serait d'autant plus délétère que les patients ont moins de capacité à expliciter et à faire valoir leurs attentes.

A l'inverse, on pourrait aussi soutenir que le paiement à la performance va inciter les médecins à se préoccuper des patients pour lesquels des progrès sont possibles soit, a priori les patients les moins observants et donc, éventuellement, les plus défavorisés.

Les hypothèses évoquées ci-dessus font l'objet de nombreux débats mais sont peu documentées.

Une étude au Royaume-Uni⁹⁶ montre que les cabinets situés dans le quintile des zones les plus pauvres ont des résultats inférieurs aux cabinets situés dans le quintile des zones les plus aisées. Toutefois l'écart est limité et se réduit de 64,5 points en 2004-2005 (6% du maximum des points) à 30,4 points (2,9% du maximum des points) en 2005-2006. L'écart sur les domaines cliniques (2,2%) est plus restreint que l'écart global. Les auteurs de l'étude considèrent que l'écart renvoie pour les deux tiers à des caractéristiques structurelles des cabinets (les cabinets dans les zones défavorisées sont plus souvent des cabinets à exercice isolé et moins souvent des cabinets-terrains de stage). L'écart subsistant renvoie à des facteurs relevant de la pratique et aux caractéristiques des patients.

Cette étude est rassurante quant à l'ampleur des écarts de pratique et de résultats ainsi qu'à leur dynamique d'évolution. En revanche en termes d'équité entre les cabinets, l'étude ne permet pas de mesurer si les écarts limités de performance ne sont pas obtenus par des efforts plus intenses dans les cabinets situés dans les zones défavorisées.

⁹⁵ L.P. Casalino et al. "Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities?" *Health Affairs*, Web exclusive, 10 avril 2007, p. 405-414.

⁹⁶ Ashworth M. et al. "The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework". *Br J Gen Pract.* 2007;57(539): 441-448.

Pour traiter les problèmes posés par les disparités socioéconomiques et culturelles entre les clientèles, il peut être envisagé d'ajuster les caractéristiques du paiement à la performance selon les caractéristiques de la clientèle de manière à compenser le handicap des médecins qui traitent des populations défavorisées. Il est éventuellement possible de construire un tel dispositif à partir d'un critère simple et aisément accessible (par exemple part des patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans le cas français). Mais il serait nécessaire de vérifier si ce critère est réellement pertinent et, le serait-il, qu'il conviendrait de calibrer précisément le dispositif. Il semble aussi que les médecins qui prennent en charge des populations défavorisées sont moins pénalisés, voire favorisés, dans l'hypothèse où le système de rémunération à la performance valorise les progrès réalisés par rapport à la situation initiale et non l'atteinte de certaines cibles.

Concrètement, l'ajustement selon les caractéristiques de la patientèle se développe aux Etats-Unis⁹⁷. Pour ce qui concerne, le Royaume-Uni, ce type d'ajustement ne semble pas envisagé. La possibilité offerte aux médecins d'exclure certains patients pour le décompte des résultats est un moyen de prendre en compte cette difficulté. Du moins, cette possibilité écarte-t-elle toute tentation de rejeter les patients difficiles. Elle risque toutefois de favoriser une attitude négligente à l'égard de ces patients même si l'exclusion du patient suppose de pouvoir justifier que des efforts ont été accomplis pour le traiter de manière pertinente^{98, 99}.

En tout état de cause, un des avantages des dispositifs de paiement à la performance est de rendre visible les écarts éventuels de qualité des pratiques en fonction des caractéristiques sociales. Alors qu'il est aujourd'hui impossible de savoir s'il existe, en France, des différences dans la qualité de la prise en charge de premier recours en lien avec les caractéristiques socioculturelles des patients.

9. PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET CONCEPTION DES INDICATEURS CLINIQUES

9.1. Le processus de construction des indicateurs

Il est bien sûr important que le dispositif de paiement à la qualité s'appuie sur des indicateurs de procédure ou de résultats intermédiaires ayant une pertinence clinique avérée.

Chacun des indicateurs est justifié dans le système britannique à partir d'une appréciation des preuves fournies par la littérature médicale sur sa pertinence. Un dispositif de révision systématique des indicateurs (appréciation des indicateurs existants, introduction de nouveaux domaines cliniques, mise en place de nouveaux indicateurs, définition des seuils pertinents) a été mis en place pour la révision du dispositif, intervenue en 2006. Le dispositif était piloté par la Society for Academic Primary Care, le Royal College of General Practitioners et l'université de Birmingham. Le processus s'est appuyé sur des consultations publiques, des groupes d'experts (27) pilotés par des personnalités dont l'autorité est reconnue sur le plan universitaire et clinique, un groupe d'expert sur les systèmes d'informations, des groupes faisant intervenir les praticiens de terrain. Pour chaque indicateur, les experts devaient se prononcer sur la qualité des preuves fournies par la littérature scientifique, le degré de consensus professionnel, le niveau perçu de soutien des patients et des professionnels, l'impact sur la santé et les charges de travail induites. Le dispositif reste, dans ces grandes lignes, en vigueur pour la révision à venir du dispositif.

⁹⁷ M. B. Rosenthal et al. 2007.art. cité.

⁹⁸ Il faut, par exemple, pouvoir justifier d'avoir relancé trois fois un patient pour l'exclure.

⁹⁹ Heath I. et al. "Measuring performance and missing the point?". *BMJ*, 2007; 335 (24): 1075-1076.

Ce dispositif complexe d'établissement des indicateurs paraît de nature à offrir des garanties sur la pertinence des performances qui feront l'objet de mesures et de rémunérations. Il paraît, par ailleurs, de nature à asseoir la légitimité du système auprès des généralistes.

Aux Etats-Unis, les dispositifs de paiement à la qualité peuvent s'appuyer sur le travail de définition d'indicateurs et de collecte de données entrepris par le NCQA dans le cadre de HEDIS¹⁰⁰. L'*Institute of medicine* tout en insistant sur l'importance et la difficulté du travail de préparation et d'appropriation de la part des professionnels, a récemment recommandé que soient adoptées pour accélérer le processus de mesure de la performance aux USA, les indicateurs proposés par l'*American Quality Alliance*. Ceux-ci couvrent quatre domaines¹⁰¹ :

- la prévention : dépistage de cancers, vaccinations, tabac ;
- les maladies chroniques : insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, diabète, hypertension et asthme ;
- la pré-natalité : dépistage de l'infection par le VIH, immunisation Rhésus ;
- le bon usage : prescription appropriée d'antibiotiques chez l'enfant.

Il n'existe pas à notre connaissance de dispositif visant à définir et à collecter de manière systématique et globale des indicateurs de qualité des soins en France même s'il existe des études sur échantillon relatives à certaines pathologies. Les travaux conduits dans les pays étrangers peuvent bien évidemment servir de référence pour construire des indicateurs en France. Toutefois, il convient de ne pas sous-estimer l'effort nécessaire pour les ajuster à la situation française. Il est peu vraisemblable que la France soit conduite à "inventer" des indicateurs qui ne figureraient pas dans le répertoire des pays étrangers. Mais il sera en tout état de cause nécessaire d'ajuster leur importance relative, de réfléchir au niveau d'exigence pertinent en fonction du contexte français, d'adapter la batterie d'indicateurs en fonction des capacités de collecte des données. Par ailleurs, un processus de construction des indicateurs associant les diverses parties prenantes (autorités scientifiques et cliniques, praticiens de terrain, associations de patients) est un élément important pour donner de la légitimité au dispositif.

La pertinence du système d'indicateurs apparaît en effet comme une condition de l'adhésion des médecins¹⁰². Ainsi aux Etats-Unis, 73 % des praticiens approuvent le principe de paiement en fonction de la qualité dans l'hypothèse où les indicateurs seraient pertinents. Toutefois, ils ne sont que 30 % à considérer que les mesures actuelles de qualité sont pertinentes. Les médecins craignent que le paiement à la performance n'entraîne une sélection des patients (patients non observants) et que les éléments du processus de soins non pris en compte par le système de paiement à la performance ne soient négligés¹⁰³.

Les travaux réalisés à l'étranger n'exonéreraient pas, en France, d'un effort important pour concevoir une batterie d'indicateurs adaptés au contexte français. Un processus concerté de construction des indicateurs est un gage de pertinence et un facteur de consensus.

9.2. L'ampleur du champ couvert par les indicateurs.

¹⁰⁰ Voir à titre d'illustration NCQA, *The state of health care quality 2006*. www.ncqa.org

¹⁰¹ Voir www.ambulatoryamericanqualityalliance.org, Institute of Medicine *Performance measurement 2006*. Opus cite et The Ambulatory quality alliance. « An improving clinical quality and consumer decision making. Background document. » Rockville, MD : Agency for healthcare research and quality. www.ahrq.gov/qual.

¹⁰² Meterko M. " Provider attitudes toward pay-for-performance programs : development and validation of a measurement instrument." *Health Services Research* 2006; 41(5): 1959-1978. Young G et al. «Physician attitudes toward pay-for-quality programs : perspectives from the front line". *Medical Care Research and Review* 2007; 64(3):331-343.

¹⁰³ Casalino L.P. et al. "General internist's view on pay for performance and public reporting of quality scores : a national survey" *Health Affairs* 2007; 26 (2): 492-499.

Si les indicateurs pris en compte ne couvrent qu'un champ restreint, les professionnels peuvent se concentrer sur les éléments mesurés et rémunérés au détriment de ceux qui ne le sont pas. L'amélioration perçue peut alors se payer d'une dégradation non perceptible sur des aspects non mesurés¹⁰⁴. Le caractère très large de la batterie d'indicateurs pris en compte au Royaume-Uni permet de réduire ce risque. Toutefois malgré le large spectre de pathologies et de problèmes pris en compte dans le système britannique, 75% des généralistes pensent consacrer plus de temps aux domaines qui permettent d'obtenir des points et 67 % déclarent consacrer moins de temps à ceux qui ne le permettent pas¹⁰⁵. Une étude a montré que la qualité augmentait pour les pathologies valorisées mais qu'elle stagnait pour deux pathologies (arthrose, dépression) non prises en compte¹⁰⁶. Ainsi, au Royaume-Uni, le champ des indicateurs a été élargi en 2006 sous la pression de groupes (association de malades, sociétés savantes) intéressés par certaines pathologies non prises en compte dans le dispositif (maladies mentales notamment). Il reste que la capacité à définir des indicateurs pertinents varie selon les domaines thérapeutiques.

Fonder la rémunération à la qualité sur un nombre trop limité d'indicateurs comporte des risques sauf à ce que ceux-ci traduisent des priorités fortes, méritant d'être promues même elles se traduisent par une détérioration de la pratique dans d'autres domaines.

9.3. *Equilibre et pondération du poids donné à chaque indicateur*

Par ailleurs, une mauvaise conception des indicateurs peut conduire à des effets pervers et entraîner des effets négatifs sur la qualité des soins¹⁰⁷. Si la performance mesurée par un indicateur de procédure ou de résultat se traduit par des effets cliniques très limités, le praticien peut consacrer des efforts importants à cet aspect de sa pratique au détriment d'actions plus utiles pour le patient. Les indicateurs doivent porter sur des procédures ou des résultats qui ont une vraie signification clinique.

Ils doivent être correctement hiérarchisés pour éviter de gaspiller les efforts. Au Royaume-Uni, Le nombre de points est calibré en fonction de la charge de travail nécessaire pour satisfaire aux critères de performance. Une étude portant sur une partie des indicateurs du QOF a montré que les points, attribués en fonction de la charge de travail, ne sont pas liés aux bénéfices sanitaires évalués en termes d'années de vie gagnées¹⁰⁸. Dès lors le dispositif peut rétribuer des efforts sans grande portée sanitaire au détriment d'initiatives moins consommatrices de temps mais plus productives en terme sanitaire. Si l'on fait l'hypothèse que les médecins se concentrent dans leur activité sur les incitations fournies par le nombre de points, le dispositif conduit à une mauvaise allocation des efforts par rapport aux résultats sanitaires. De plus, si l'on raisonne en terme de coût d'opportunité, le dispositif aboutit à détourner des moyens au détriment d'une utilisation plus productive.

Un autre type de critique porte sur le fait que, au Royaume-Uni, les indicateurs sont construits sans prendre en compte l'âge des patients. Certains soutiennent que la promotion par le biais du dispositif de la prévention des pathologies cardio-vasculaires conduit, pour les patients d'âge élevé, plus à modifier la cause des décès qu'à améliorer l'espérance et la qualité de vie¹⁰⁹.

¹⁰⁴ De ce fait, une évaluation complète d'un dispositif de paiement à la performance est quasiment impossible car il est impossible de savoir si les progrès constatés ne se payent pas par une dégradation des performances non mesurées.

¹⁰⁵ National audit survey, 2007

¹⁰⁶ Steel N. et al. "Quality of clinical primary care and targeted incentive payments: an observational study", *Br J Gen Pract.* 2007; 57 (539) : 449-454.

¹⁰⁷ Werner R.M., D.A. Asch, "Clinical concerns about clinical performance measurement", *Annals of Family Medicine*, vol.5, n° 2, mars-avril 2007.

¹⁰⁸ R. Fleetcroft, R. Cookson "Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains?", *Journal of Health Services Research and Policy* 2006;11(1): 27-31(5).

¹⁰⁹ Mangin D. et al. "Preventive health care in elderly people needs rethinking", *BMJ* 2007;335 :285-287.

Au-delà même de la sélection des indicateurs, il importe d'apprécier leur intérêt en termes de santé publique et de tenter de les hiérarchiser en fonction de cet intérêt.

9.4. Imputabilité des résultats aux praticiens

Il est bien sûr évident que les indicateurs ne peuvent et ne doivent porter que sur des résultats qui sont maîtrisables par le groupe de professionnels ou le médecin concernés. Pour autant, il est clair également que le médecin ne peut jamais être tenu pour totalement responsable d'aucun résultat. Ceux-ci dépendent toujours, en partie, de circonstances extérieures au médecin (contexte local et notamment contexte sanitaire local, composition de la clientèle¹¹⁰...). Il faut toutefois que l'influence du médecin sur le résultat reste significative après prise en compte de ces circonstances pour que celui-ci fasse l'objet d'une rémunération à la performance.

Les domaines où il subsiste une dispersion des résultats individuels après prise en compte de l'influence du contexte local ou de la composition de la clientèle sont ceux pour lesquels on peut supposer que le médecin a une influence significative et pour lesquels il est donc légitime d'envisager une rémunération à la performance.

Il convient de vérifier que les performances à l'égard de tel ou tel indicateur sont effectivement imputables aux médecins ce qui suppose une étude de la dispersion des résultats et des déterminants de cette dispersion.

9.5. Indicateurs de procédures ou de résultats ?

Au Royaume-Uni, dans le domaine clinique, 11% du total des points relèvent d'indicateurs d'organisation, 63% d'indicateurs de procédure et 26% d'indicateurs de résultats intermédiaires.

La part des indicateurs de résultats intermédiaires reste limitée. Il n'existe d'indicateurs de résultats que pour six des dix-neuf domaines cliniques pris en compte. Sur les 172 points qui peuvent être obtenus au titre des résultats intermédiaires, 145 concernent trois pathologies (prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, diabète). Il est plus légitime de construire des indicateurs de résultats pour les pathologies chroniques à large prévalence. L'amélioration de la prise en charge des chroniques était et reste, il est vrai, un objectif fondamental du paiement à la performance. Lorsqu'ils sont disponibles, les indicateurs de résultats intermédiaires sont alors surpondérés. Par exemple, dans le cas du diabète, les indicateurs de résultats (niveau de l'hémoglobine glyquée, de la tension artérielle, du LDL-cholestérol) représentent 52 points sur 93.

Toutefois dans de nombreux domaines, il n'est pas possible ou il n'est pas pertinent de construire des indicateurs de résultats. Par exemple dans le cas du tabagisme, le dispositif se borne à valoriser, pour les patients atteints de certaines maladies chroniques, la mention du statut tabagique au dossier ou l'inscription dans le dossier que le patient a reçu une aide ou des conseils, dans les quinze mois précédents, pour cesser de fumer. Bien évidemment, et sans même évoquer la possibilité de fraudes du système, un tel indicateur peut mesurer des pratiques différentes débouchant sur des résultats finaux eux-mêmes très divers. Pour autant il semble impossible de construire un indicateur mesurant l'évolution du nombre de fumeurs dans la clientèle (comment

¹¹⁰ Il est bien évident que les comportements des patients sont individuellement différents mais ces différences ne posent pas problème dans la mesure où, d'une part, la performance est appréciée sur un assez grand nombre de patients et où d'autre part l'on peut faire l'hypothèse que les patients compliants et non compliants sont équirépartis. En revanche, si le comportement des patients à l'égard de tel ou tel déterminant de santé est lié à leurs caractéristiques sociales ou culturelles, le résultat ne pourra pas être imputé aux médecins sauf à corriger le résultat de l'influence des caractéristiques socioculturelles de ces patients.

s'assurer de la réalité des résultats en pratique courante ?) et d'ailleurs pourrait-on construire un tel indicateur que se poserait la question de l'imputabilité du résultat au cabinet¹¹¹.

Il semble admis, notamment au Royaume-Uni, qu'il convient de privilégier les indicateurs de résultats intermédiaires qui témoignent mieux de la qualité effective du service rendu que les indicateurs de procédures. Toutefois malgré l'effort consenti pour définir des indicateurs et collecter des données, la part des indicateurs de procédures reste prédominante.

Enfin, même si les indicateurs de résultats sont préférables à des indicateurs de procédures, il apparaît que les modalités d'obtention des résultats qui en tout état de cause ne sont que des résultats intermédiaires, doivent être prises en compte. En effet, dans certains cas l'amélioration d'indicateurs de résultats intermédiaires est obtenue par des stratégies thérapeutiques dont l'effet global sur la mortalité s'avère négatif¹¹².

Il est important de pouvoir s'appuyer sur des indicateurs de résultats mais ceux-ci sont difficiles à construire et à collecter pour certains domaines cliniques

9.6. Indicateurs et prise en compte des besoins exprimés par les patients

Le praticien peut être amené à conformer sa pratique aux comportements attendus par le système d'indicateurs et à négliger les besoins exprimés par le patient. Par exemple, un patient qui consulte pour une douleur verrait le motif de la consultation relativement négligé par le praticien préoccupé d'améliorer des indicateurs généraux tels que la fréquence de tel ou tel examen ou la dispensation de conseil sur le tabagisme. La performance clinique ne résume pas à elle seule la qualité des soins qui englobe la qualité de la relation avec le patient et l'attention portée aux problèmes qu'il formule. Il est bien sûr beaucoup plus difficile d'apprécier cet aspect de la pratique par des indicateurs et nous avons écarté l'hypothèse d'introduire une mesure de la satisfaction dans le système d'indicateurs. Toutefois, dès lors que le patient peut changer de cabinet, un cabinet qui se focaliserait sur les seuls indicateurs au détriment de l'attention au patient serait sanctionné par des départs.

9.7. Piste d'indicateurs pour la France

L'analyse des principaux dispositifs mesurant la qualité en soins primaires aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et au Canada ne permet pas de proposer des indicateurs et des objectifs quantifiés qui seraient transposables en France de but en blanc. Mais elle permet de dégager certains domaines très régulièrement pris en compte, notamment en matière de prévention. Confrontés aux objectifs nationaux de santé publique et aux objectifs récents de l'assurance maladie, ces éléments pourraient constituer une base de réflexion pour une expérimentation dans notre pays.

Domaines pouvant être pris en compte pour la construction d'indicateurs en France

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. dépistage facteurs de risque santé 2. évaluation dépendance fumeurs 3. cessation tabac 4. modification alimentation & activité physique 5. correction surpoids |
|---|

¹¹¹A tout le moins, il faudrait, si l'on veut être équitable, disposer d'un mécanisme d'ajustement selon les caractéristiques de la clientèle, mécanisme qui serait très complexe étant donné la multiplicité des déterminants relatifs à la décision de fumer ou de cesser de fumer.

¹¹² Krumholz H, Lee T. "Redefining quality – Implications of recent clinical trials." *NEJM*, 2008.358 (24): 2537-2539.

- | |
|---|
| 6. suivi femme enceinte |
| 7. orientation femme enceinte |
| 8. conseil allaitement femme enceinte |
| 9. calendrier vaccinal enfant |
| 10. hygiène bucco-dentaire enfant |
| 11. infection voies aériennes sup. – antibiothérapie – enfant |
| 12. prescription médicamenteuse personne âgée |
| 13. tr mémoire & comportement personne âgée |
| 14. vaccination antigrippale personne âgée |
| 15. dépistage cancer du sein |
| 16. dépistage cancer du colon |
| 17. dépistage cancer du col |

10. MODALITES DU PAIEMENT A LA PERFORMANCE ET DEGRE D'EXIGENCE.

10.1. *Les modalités de la rémunération de la performance*

La distribution des sommes allouées au paiement à la performance peut s'organiser selon plusieurs modalités :

- le "tournoi", seuls les meilleurs sont récompensés ;
- le progrès, les rémunérations sont attribuées indépendamment du niveau des résultats obtenus mais en considérant leur évolution ;
- la cible, les paiements sont attribués à tous ceux qui dépassent un niveau donné de performance.

La première modalité permet de maîtriser les coûts budgétaires, le montant dépensé peut être défini a priori, il sera partagé par les gagnants. Cette modalité peut introduire une concurrence entre les producteurs censée favoriser l'amélioration des résultats. Elle garantit que le degré d'exigence est porté au plus haut niveau possible puisqu'il découle des résultats des professionnels les plus performants. Elle peut en revanche entraîner un effet de découragement pour les professionnels peu performants.

La deuxième modalité garantit que les sommes allouées ne le sont qu'en fonction d'amélioration effective de la qualité. Rapporté aux sommes engagées, le retour en terme d'amélioration de la qualité est donc maximal. Toutefois, ce mode de distribution pose question en matière d'équité. Les professionnels qui avaient fait un effort avant la mise en place du système peuvent s'estimer désavantagés. A la limite, sauf dispositif de contrôle ad hoc, un tel dispositif pourrait induire une dégradation des performances pour pouvoir justifier d'un progrès ultérieur¹¹³. Une version sophistiquée de cette modalité, envisagée dans l'avenant 23 à la convention médicale (cf. infra 4° partie), est de récompenser les progrès en exigeant un niveau de progrès d'autant plus faible que le niveau de départ est élevé. Dans ce cas, les professionnels ayant un niveau initial de performance élevé ne sont pas systématiquement défavorisés mais le système devient complexe et moins lisible.

¹¹³ En fait, un tel comportement préjudiciable au patient est peu probable de la part des médecins pour des indicateurs de qualité, il est plus plausible pour des indicateurs d'efficacité strictement économiques. Par exemple, si on ne rémunère que les progrès en matière de prescription dans le répertoire, un médecin qui prescrit beaucoup dans le répertoire a intérêt à dégrader sa performance initiale. On peut réagir face à cette attitude en proscrivant toute rémunération des progrès qui feraient suite à une dégradation antérieure. La réaction du professionnel ainsi piégé par sa performance initiale risque toutefois d'être négative. Aussi, une part de la rémunération en fonction d'une cible semble s'imposer d'où un coût certain (effet d'aubaine) avant un retour éventuel (effet d'incitation). Le caractère volontaire du dispositif rend le calibrage du dispositif encore plus complexe : phénomène de sélection avec sur représentation des médecins à effet d'aubaine.

La troisième modalité est la plus simple et celle qui peut paraître la plus équitable. Toutefois, elle est plus coûteuse que la précédente car elle aboutit nécessairement à un effet d'aubaine pour les médecins qui initialement sont proches ou en dessus de la cible. Elle peut également engendrer une réaction de découragement si la cible est considérée comme inatteignable. Le système britannique relève pour l'essentiel de ce modèle. Toutefois les points ne sont pas simplement conditionnés à l'atteinte de la cible mais sont attribués proportionnellement au degré de qualité atteint. Le dispositif permet donc d'éviter le découragement de certains praticiens en rémunérant des niveaux de performance relativement faibles. Sans rémunérer explicitement les progrès, le système incite au progrès sauf pour les cabinets qui dépassent la cible permettant d'obtenir le maximum. Nombre de dispositifs américains associent également progrès et seuils-cibles.

10.2. Le degré d'exigence

La question du degré d'exigence est liée à celle du mode de rémunération. Sauf dans le cas du tournoi, elle est cruciale dans la définition du dispositif. Deux écueils semblent devoir être évités : une exigence trop faible qui se traduit par un simple effet d'aubaine, une exigence trop élevée qui se traduit par un effet de découragement.

Dans le cas britannique, si, on l'a vu, une rémunération proportionnelle évitait les effets de découragement, le fait que les cabinets aient atteint 90% des points maximum semble indiquer que le système était de faible exigence et a représenté un effet d'aubaine pour de nombreux cabinets. Il est vrai qu'à l'origine le NHS tablait sur une performance atteignant 75% du maximum. La qualité des pratiques semble avoir été sous-estimée à l'origine.

La comparaison avec la France sur certains indicateurs est significative de ce faible degré d'exigence. Ainsi le cabinet britannique obtient le maximum de points (en l'occurrence 3) si 90% des patients diabétiques ont eu un dosage d'hémoglobine glyquée pendant les quinze derniers mois. La référence en France est trois à quatre dosages par an, 39% des diabétiques en auraient eu trois en 2007 et 66% deux. Seuls 13% des patients n'auraient pas eu de dosage en 2007¹¹⁴. On peut donc penser que les médecins français sont proches ou dépassent en moyenne l'objectif maximum britannique. Pour le niveau de ces dosages, le cabinet britannique obtient le maximum de points (en l'occurrence 28) si pour 50% des patients, il est inférieur à 7,5 et pour 90% inférieur à 10. En France, ces dosages étaient inférieurs à 6,5 pour 30% des patients et à 7 pour 50% des patients¹¹⁵. En ce domaine également, il semble que les performances françaises moyennes se situent au niveau des performances maximum britanniques. Bien évidemment, on ne peut généraliser à partir de ces deux indicateurs. D'autant que le diabète fait exception et que de telles mesures manquent pour d'autres maladies chroniques. De plus, au-delà des moyennes, il faudrait pouvoir s'appuyer sur la dispersion des résultats par médecin.

L'expérience britannique montre que la connaissance des résultats avant la mise en place du paiement à la performance est indispensable pour calibrer correctement les exigences. La dispersion des résultats initiaux est également un élément important, le niveau atteint par les médecins les plus performants peut servir de référence.

Le dispositif doit mêler rémunération des progrès et atteinte d'objectifs cibles, ou s'appuyer comme le système britannique sur une rémunération proportionnelle au résultat. La définition d'un niveau d'exigence est un enjeu important, elle suppose une connaissance approfondie de la situation ex ante tant pour ce qui concerne les moyennes que pour la dispersion des performances des médecins.

¹¹⁴ Source INVS à partir de données CNAMTS

¹¹⁵ Grimaldi A. "Diabète" in Bourdillon F. Brücker G. Tabuteau D. *Traité de Santé Publique*, Paris, Médecines-Sciences Flammarion, 2007.

11. PAIEMENT A LA PERFORMANCE, COLLECTE DES DONNEES ET CONTROLE

Au Royaume-Uni l'essentiel des données du QOF est extrait automatiquement du système informatique du cabinet à partir des données médicales¹¹⁶ introduites par le médecin ou un membre de l'équipe. Un serveur national unique récupère, traite les données, les transmet à l'agence de paiement et informe le cabinet sur la prévalence des maladies de sa patientèle¹¹⁷, le niveau de qualité obtenu et le retour financier auquel il a droit. Le PCT dont dépend le cabinet est également destinataire¹¹⁸.

Toutes les données de base utilisées dans le cadre du QOF sont issues des cabinets. Soit les cabinets les saisissent, soit elles leur sont transmises automatiquement (résultats d'analyses externes). Le dispositif suppose donc un processus de collecte des données et d'informatisation des dossiers médicaux systématique qui n'a pas d'équivalent en France.

Cette collecte s'intègre dans un dispositif - actuellement en cours de mise en place - plus global d'informatisation de l'ensemble du système de santé. Elle a été facilitée par le fait que certains indicateurs du QOF faisaient déjà partie de standards recommandés pour l'évaluation de leurs pratiques (dans le cadre du *general practice clinical governance standards self assessment*) et que d'autres étaient déjà collectés par certains d'entre eux dans le cadre des *target payments*.

Les données recueillies par les cabinets sont auditées par les PCT ; ces audits portent sur un nombre de cabinets et un nombre de dossiers patients limités (5 % des cabinets environ et seulement 20 à 30 dossiers).

Aux USA, la mesure de la performance provient souvent des facturations, les assureurs disposant d'un spectre de données nettement plus important que ce dont disposent les caisses d'assurance maladie en France, et notamment du diagnostic des maladies dont sont atteints les assurés grâce au codage des pathologies et de nombre de leurs résultats, notamment biologiques. Toutefois, certains indicateurs, notamment de résultats ne sont pas disponibles via la facturation et doivent provenir au dossier patient. C'est pourquoi nombre de dispositifs requièrent un système de mesure (collecte et transmission de données) spécifiques et prennent en compte cette contrainte soit en la finançant (via des indicateurs spécifiques de montée en charge en matière de NTI), soit en offrant un niveau d'intéressement financier global tel qu'il est attendu des cabinets qu'ils fassent l'effort – et le pari – de cet investissement.

En France, certains indicateurs de *process* peuvent être extraits des données du remboursement (par exemple des indicateurs relatifs au dépistage de certains cancers ou à la vaccination). Néanmoins leur nombre est limité et ne saurait résumer l'essentiel de la pratique, même en se cantonnant à la prévention. Ainsi, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un acte, d'un médicament ou d'un examen de laboratoire « traceur », aucune information n'existe concernant les pratiques, les conseils et les résultats obtenus en matière de facteurs de risque relatifs à la santé (tension artérielle, consommation de tabac, d'alcool, poids, habitudes alimentaires...) tous indicateurs qui sont pris en compte dans pratiquement tous les dispositifs de paiement à la performance.

De surcroît, en l'état actuel de la réglementation, les caisses d'assurance maladie ne sont pas autorisées à transmettre aux médecins des données nominatives relatives à leurs patients¹¹⁹. Or, sous forme agrégée, l'information transmissible perd tout son caractère opérationnel pour la pratique du médecin.

¹¹⁶ Les données sont extraites sous formes numériques et ne permettent aucune identification du patient. Dept.of Health." Good practice guidelines for general practice electronic patient records (version3.1)" June 2005.

¹¹⁷ Le système au Royaume-Uni poursuit une double finalité. A côté de l'amélioration de la qualité des pratiques, le système apporte une connaissance quasi exhaustive sur la prévalence de 19 pathologies parmi les plus fréquentes et les plus graves et un suivi possible dans chaque cabinet et au niveau national.

¹¹⁸ Voir Quality management and analysis system (QMAS)
www.connectingforhealth.nhs.uk/systemandservices/gpsupport/qmas

¹¹⁹ Sauf à les faire transiter par le service médical.

Il faudra donc en France, pour mesurer la qualité des pratiques des médecins, élargir le spectre des informations actuellement disponibles. Concernant la génération et la collecte des données, deux requis doivent être combinés pour emporter l'adhésion des médecins : la confiance et l'utilité. Pour que les médecins aient confiance dans les données prises en compte il paraît indispensable que l'information soit saisie par eux ou leur collaborateur dans leur cabinet. Pour que les informations soient utiles à la gestion quotidienne de leur patientèle, elles doivent être intégrées dans des logiciels de gestion permettant différents types d'utilisation¹²⁰ et ne pas être perçues comme « bureaucratiques ». Bien évidemment les informations transmises devront faire l'objet de contrôle de la part du service médical de l'assurance maladie.

La collecte des données relatives à la qualité doit impliquer directement les médecins et nécessiterait en France un réaménagement conséquent du système d'information des cabinets médicaux.

12. QUEL NIVEAU DE REMUNERATION A LA PERFORMANCE ?

Le niveau du paiement à la performance a-t'il une influence sur l'engagement des professionnels et les résultats obtenus ?

Au Royaume-Uni son importance est considérable puisqu'il représente 26 % de la rémunération à la capitation. Pour autant, on l'a vu, les résultats sont modestes

La situation est également difficile à analyser aux USA car un même médecin (a fortiori s'il exerce isolément) reçoit souvent des paiements de plusieurs assureurs. Ainsi, au sein de sa clientèle, le nombre de patients concernés par un dispositif de paiement à la performance peut s'avérer limité et diluer d'autant l'effet de l'intéressement sur le niveau de ses revenus¹²¹. Un problème essentiel aux USA est donc la coordination des assureurs pour homogénéiser les modalités d'intéressement et atteindre un niveau significatif d'incitation.

Le niveau d'intéressement ayant le meilleur impact n'est pas connu. Bien que certains dispositifs semblent avoir eu un impact à moins de 5 % des revenus et que certains auteurs fixent la barre à 5 %¹²², la majorité des assureurs estiment qu'un niveau adéquat d'incitation ne saurait être inférieur à 10% des revenus bruts¹²³. Ils insistent surtout sur le fait que pour avoir un impact sur l'engagement des médecins il faut que le niveau d'intéressement soit en adéquation avec l'importance de l'investissement financier nécessaire, notamment en matière de NTI.

Bridges to Excellence propose un intéressement pouvant atteindre 125 \$ par an et par patient, et un maximum annuel pouvant s'élever à 100 000 \$, tout en indiquant un retour sur investissement pour son dispositif, mais sans qu'on puisse pour autant savoir s'il s'agit d'un bonus minimal ou optimal. Ses promoteurs soutiennent que le degré d'engagement et de résultat est lié au montant des retours financiers pour les médecins.

¹²⁰ Voir notamment : Southern California evidence-based practice center. « Costs and benefits of health information technology. » AHRQ publication n° 06-E006. April 2006.

¹²¹ Hillman A.L et al. « Physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. » *Paediatrics*. 1999;104:931-5

¹²² De Brantes F. « Provider incentive models for improving the quality of care,3 report to the IOM subcommittee on pay for performance, May 2005. Bailit et al. March 2002, National health care purchasing institute. Mehrotra A et al. « The response of physician groups to incentives. » *Am J Managed Care* 2007 ; 13(5) : 249-255.

¹²³ De Brantes F. « Transparency and pay for performance : building a real business case for better quality health care », Wisconsin family impact seminars.

Quelques études, d'ailleurs souvent anciennes, semblent montrer que l'impact d'un dispositif d'incitation croît avec le niveau d'intéressement¹²⁴. Toutefois, une étude plus récente de *l'Agency for healthcare research and quality* n'a pu établir une telle corrélation (peut-être du fait d'un niveau d'incitation moyen somme toute assez modeste)¹²⁵.

Le paiement à la performance doit certainement atteindre un certain niveau pour motiver les médecins, il doit en tout état de cause être en relation avec les investissements attendus de leur part pour l'amélioration de leur pratique.

13. QUEL MODE DE FINANCEMENT POUR LA REMUNERATION A LA PERFORMANCE ?

Pour certains promoteurs américains, l'amélioration de la qualité induite par un dispositif de paiement à la performance entraîne une baisse des complications et des hospitalisations. Les économies induites sur l'hôpital peuvent alors financer partiellement ou totalement les sommes consacrées à la rémunération des médecins au titre de la performance. Tel est le modèle économique, similaire à celui proposé par les promoteurs du *disease management*, mis en avant notamment par *Bridges to Excellence*. Le coût total des patients diabétiques serait légèrement inférieur lorsqu'il est suivi par un médecin rémunéré à la performance, cette légère différence résultant de coûts hospitaliers moindres et de coûts ambulatoires supérieurs¹²⁶. Les données en ce domaine sont toutefois trop rares et prêtéent à trop de discussions pour pouvoir affirmer que le paiement à la qualité est rentable¹²⁷. Le modèle économique invoqué ne peut, en tout état de cause, valoir que pour des programmes de qualité centrés sur les malades chroniques.

S'il ne faut pas exclure qu'un investissement dans la qualité puisse avoir des effets économiques positifs, il ne serait pas raisonnable de tabler sur ces effets pour financer le dispositif et cela d'autant plus que la qualité rémunérée ne concerne pas les malades chroniques.

Le financement d'un dispositif de paiement à la performance ne peut donc provenir que de trois sources¹²⁸: la réaffectation de sommes consacrées au paiement à l'acte, des financements supplémentaires, l'affectation progressive à la rémunération à la qualité de sommes qui auraient été consacrées aux revalorisations des actes.

Il ne semble pas réaliste d'envisager que les médecins consentent à la réaffectation vers le paiement à la qualité de sommes qu'ils perçoivent au titre du paiement à l'acte. Par ailleurs, la situation des finances de l'assurance maladie ne semble pas permettre de dégager des sommes nouvelles significatives comme ce fut le cas au Royaume-Uni¹²⁹. L'unique voie qui semble praticable est

¹²⁴ Hillman AL et al. « Physician financial incentives and feedback failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health*. 1998;88:1699-1701. Kouides RW et al. « Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. « *The primary-care physicians of Monroe county. Am J Prev Med*. 1998;14:89-95. Grady KE et al. « Enhancing mammography referral in primary care. *Prev Med*. 1997;26:791-800.

¹²⁵ US Department of health and human services. Public health service. « Strategies to support quality based purchasing: a review of the evidence. Rockville, MD. Agency for healthcare research and quality; 2004:O4-PO24.

¹²⁶ Voir Thomson Medstat pour Bridges to Excellence, "BTE program evaluation" et Curtin K. et al. "Return on investment in pay for performance: a diabetes case study" *J Healthcare Managt* 2006; 51(6): 365-376.

¹²⁷ Au Royaume-Uni sans qu'un lien direct avec le QOF soit établi, le NHS s'est donné des objectifs de réduction des hospitalisations par une amélioration de la qualité en médecine de premier recours. L'idée d'objectifs volontaristes en matière d'évolution en volume des hospitalisations n'est jamais évoquée en France. Si on évoque la maîtrise des budgets, les recours semblent une donnée sur laquelle la politique publique n'a pas de prise.

¹²⁸ Compte tenu de ce qui a été évoqué au point 1, on ne retient pas l'hypothèse selon laquelle des économies liées à la mise en place d'indicateurs d'efficacité pourraient financer un programme d'efficacité et de qualité.

¹²⁹ On ne peut exclure l'hypothèse d'un plan de revalorisation de la médecine générale mais cette hypothèse sort du cadre de la mission.

celle qui consiste à affecter progressivement au paiement à la qualité, les sommes qui pourraient être consacrées aux revalorisations.

Le C a augmenté de 1€ en 2006 et 2007 et pourrait augmenter encore de 1€ en 2008. Une hausse de 1€ du C représente un coût pour l'assurance maladie d'environ 250 millions d'euros et un surcroît d'honoraires pour les médecins généralistes d'environ 300 millions d'euros¹³⁰ à rapporter à un total d'honoraires pour les omnipraticiens de 7,4 Mds en 2005. L'équivalent de deux à trois hausses du C de 1 € permettrait de construire les bases d'un paiement à la performance significatif. Pour autant, on ne peut certainement pas considérer que ces trois années constituent une jurisprudence qui autorise à tabler sur des hausses équivalentes à l'avenir. Par ailleurs, le paiement à la qualité peut venir en concurrence avec d'autres projets (mise en place d'une classification des actes cliniques dont il est peu probable qu'elle s'opère à budget constant, développement de la capitation à travers le forfait de 40€...). Enfin et surtout cela suppose que les syndicats médicaux adhèrent suffisamment à la perspective pour qu'ils intègrent le développement du paiement à la qualité dans les négociations conventionnelles.

14. SYNTHÈSE DES APPRÉCIATIONS ET FACTEURS DE SUCCÈS

En conclusion de cette partie analytique sur les questions posées, il paraît utile de dresser une synthèse des appréciations portées sur le paiement à la performance.

Les critiques du paiement à la performance, sans mentionner à nouveau celles de nature éthiques qui concernent la prise en compte de l'efficacité, se concentrent autour des thèmes suivants :

- le paiement à la performance se construit autour d'indicateurs qui ne peuvent rendre compte de la véritable qualité de la pratique médicale, il se construit autour de ce qui est mesurable alors que l'essentiel du service rendu ne serait pas mesurable ;
- il découpe la qualité de la pratique médicale en indicateurs et s'oppose ainsi à une approche globale, "holistique", du patient alors que cette approche globale est nécessaire particulièrement lorsque le patient est atteint de poly-pathologies ou confronté à des problèmes extra-médicaux ;
- il conduit à privilégier le médecin qui "coche les cases d'une liste d'indicateurs" et dévalorise l'exercice, dans la singularité de chaque situation, du jugement clinique ;
- il conduit à une médecine centrée sur la conformité aux indicateurs au détriment de l'attention portée aux demandes spécifiques des patients.

Face à ces critiques, les promoteurs du paiement à la performance considèrent que le paiement à la performance ne réduit pas la qualité médicale à une batterie d'indicateurs, il fournit les moyens et les incitations nécessaires pour que les exigences minimales de qualité à l'échelon de la patientèle soient satisfaites. Il permet de favoriser et de financer de nouvelles organisations du travail médical, faisant appel à un travail d'équipe, plus proactives vis-à-vis des patients, plus soucieuses de l'accompagner dans la prise en charge de ses problèmes médicaux. Loin de conduire à une médecine réduite à des listes d'indicateurs, il permet au médecin de déployer son jugement clinique dans la mesure où les exigences de base sont standardisées et, en partie déléguées.

Bien évidemment, on ne peut dans l'absolu trancher ce débat qui engage, au-delà des arguments mobilisés, deux conceptions de la médecine. De manière pragmatique, on peut toutefois considérer que les modalités de mise en œuvre du paiement à la performance conditionnent la manière dont celui-ci sera approprié par les médecins.

Il est ainsi possible de dresser, sans prétendre à l'exhaustivité, une liste des facteurs clefs de succès d'un dispositif de paiement à la performance :

¹³⁰ Pour un même gain pour les médecins, une augmentation de l'acte coûte moins, du fait du ticket modérateur, à l'assurance maladie qu'un paiement au titre de la qualité.

- 1) Le mode d'organisation des cabinets médicaux. Ils doivent leur permettre de réagir aux incitations qui leur sont adressées (investissement en temps ou en moyens) et de gérer les performances pour lesquelles ils sont rémunérés (système informatisé adéquat pré-requis) ;
- 2) Le degré de confiance entre les médecins et les institutions qui mettent en place le système de paiement à la performance ;
- 3) Un niveau suffisant de rémunération à la performance ;
- 4) Le soutien apporté au dispositif par les leaders médicaux et/ou les institutions représentatives des médecins
- 5) La pertinence perçue par les médecins des indicateurs. Les indicateurs doivent marquer de vrais progrès dans la qualité clinique mais être atteignables. L'action des médecins à leur égard doit pouvoir avoir un impact réel et démontrable. Ils doivent être correctement pondérés pour éviter d'orienter les efforts des médecins vers des domaines peu productifs en termes de santé ;
- 6) La pertinence du système d'indicateurs. Le processus de construction des indicateurs (qualité scientifique des références, prise en compte des réalités de la pratique, qualité de la concertation avant validation) est un des éléments qui peut contribuer à asseoir la légitimité du dispositif de collecte des données ;
- 7) La bonne compréhension par les médecins du dispositif. Il est important qu'il soit simple et lisible tout au long du processus, et qu'au besoin une aide technique soit apportée au cabinet ;
- 8) La confiance des acteurs dans les données qui servent de support au paiement à la performance.

Les enseignements pour la France

1. DE L'OPPORTUNITE D'IMPLANTER UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE EN FRANCE.

L'examen des expériences étrangères de paiement à la performance et des questions qu'elles suscitent conduit à envisager avec prudence la question d'une éventuelle transposition en France.

1.1. *Ne pas céder à un économisme réducteur*

Il convient de ne pas céder à une conception "économiste" en vogue, selon laquelle seules les incitations monétaires seraient à mêmes de garantir un comportement pertinent des acteurs. On peut, à cet égard, se référer à A. Sen : "Il est assurément coûteux, voire impossible, de concevoir un système de supervision distribuant récompenses et punitions de telle façon que chacun est incité à donner le meilleur de soi-même. Tout système économique a donc tendance à compter sur l'existence d'attitudes à l'égard du travail qui l'emportent sur le calcul des gains nets tirés de chaque unité d'effort. Le conditionnement social joue ici un rôle extrêmement important... Fonder la gestion d'une organisation uniquement sur les incitations économiques en vue de gains personnels est une tâche à peu près impossible"¹³¹.

Cette remarque générale vaut d'autant plus lorsque l'on se réfère au corps médical. Les motivations des médecins ne se réduisent pas à l'aspect économique. Cette dimension, est d'ailleurs le plus souvent déniée ou contournée dans la présentation qu'ils proposent de leur pratique. Comme l'indique G. Bloy : "On peut dénoncer l'hypocrisie et le simulacre à l'œuvre dans la présentation qu'ils font de leur activité -c'est même, et de loin, le discours le plus aisé à tenir - ou prendre cette gêne, ces dilemmes, cet ensemble de contradictions au sérieux, ce qui conduit à explorer l'articulation et les tensions qui relient pour eux la réalité économique à d'autres dimensions tout aussi réelles de l'exercice de la médecine générale"¹³². Si ces dilemmes et ces contradictions doivent être pris au sérieux dans l'analyse sociologique, ils doivent l'être aussi dans la définition des politiques publiques.

Aussi il serait absurde de considérer qu'une amélioration de la qualité des soins ne pourrait provenir que d'un échange marchand avec les médecins. Il est évident que le souci des médecins d'améliorer la santé de leurs patients constitue aujourd'hui, et constituera demain, le levier principal des progrès de notre système de soins de ville. Un des dangers du paiement à la performance est d'ailleurs qu'il conduise à considérer que toute amélioration des pratiques doit être "achetée" aux médecins. Le paiement à la performance ne peut être qu'un soutien pour favoriser ces progrès de qualité.

1.2. *Les limites d'une simple transposition*

Le paiement à la performance ou à la qualité n'est pas une simple recette que l'on pourrait transposer mécaniquement à partir des expériences étrangères. Il est clair qu'il s'agit d'un projet qui dépend de l'ensemble du contexte organisationnel, financier et politique en matière de soins de ville. Aussi, il a paru utile de mettre en exergue certaines des différences majeures entre les contextes britannique et français.

¹³¹ A. Sen "Des idiots rationnels, critique de la conception du comportement dans la théorie économique" in *Ethique et économie*, Paris, PUF, 1993, p.104.

¹³² G. Bloy, "Motivations et représentations de l'acte médical en médecine générale de ville : un regard sociologique" in S. Béjean, C. Peyron (dir) *Santé, règles et rationalités*, Economica, mai 2002.

Le gouvernement de Tony Blair était résolu à augmenter les dépenses de santé et à revaloriser fortement les généralistes. Cette capacité à investir n'est certainement pas étrangère à l'acceptation du dispositif par les médecins. La situation financière de l'assurance-maladie en France ne semble pas permettre une telle générosité.

La nature des relations entre les médecins britanniques, leurs représentants et le NHS est fondamentalement différente de celles qu'entretiennent les médecins français et les pouvoirs publics. La représentation des médecins est unifiée. Elle est traditionnellement impliquée dans la définition de la politique de santé. Les relations avec les pouvoirs publics sont moins conflictuelles qu'en France. Depuis le début des années 90, les "managers" ont pris une place plus importante dans la définition des politiques de santé¹³³.

Au Royaume-Uni, comme d'ailleurs aux Etats-Unis, le dispositif de paiement à la performance s'est implanté à partir d'interrogations et d'insatisfactions sur la qualité des prestations de soins, issues des milieux académiques et relayées au plan politique. Cette relative dramatisation de la question de la "non qualité" conforte le projet de paiement à la performance. Le débat sur la qualité des pratiques en ville n'a pas la même vigueur en France, il est plutôt admis que les pratiques sont de bonne qualité. L'absence d'études systématiques et comparatives ne permet pas d'ailleurs de trancher la question de savoir si ce sentiment est justifié ou non, même si les données dont on dispose semblent confirmer, à partir d'indicateurs globaux, les bonnes performances du système français¹³⁴.

Le paiement à la performance avait été acclimaté au Royaume-Uni par la mise en place de *targets payments*. Les modalités de rémunération n'y ont pas la même charge symbolique qu'en France où le paiement à l'acte est considéré comme constitutif de l'identité libérale. Un sondage IFOP récent confirme que cet attachement au paiement à l'acte reste majoritaire. Les médecins généralistes interrogés sur "l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération... (capitation, forfaits, collaboration salariée) qui ont vocation à compléter le paiement à l'acte voire à s'y substituer" sont seulement 11% à s'y déclarer totalement favorables, 35% plutôt favorables, 24% plutôt pas favorables et 26% pas du tout favorables¹³⁵.

Par ailleurs, un dispositif de paiement à la performance ne saurait avoir les mêmes ambitions en France qu'au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni les médecins travaillent en équipe avec des infirmières et des assistants non soignants. Le système de rémunération à la performance n'y a pas de ce fait pour seul objectif d'accroître la motivation des médecins mais de promouvoir et de soutenir des formes d'organisation du travail proactives (rappel et suivi des patients, éducation thérapeutique, soutien à la motivation) tournées vers les patients, notamment vers ceux qui ont le plus de difficultés à prendre en charge leur maladie. En France, faute d'équipes de soins primaires en mesure de mettre en œuvre ce type d'intervention auprès des patients, les ambitions que pourraient se donner un système de paiement à la performance, seraient nécessairement plus limitées. Par ailleurs, l'existence de cette équipe permet, au Royaume-Uni, de rendre le cabinet responsable de résultats qu'il sera délicat d'imputer, en France, au seul généraliste : faute de temps et de moyen pour agir sur le comportement des

¹³³ Sur ces questions, voir P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po 1997.

¹³⁴ Nolte E. et al "Measuring the Health of Nations: updating an earlier analysis", *Health Affairs*: 2008; 27;58-71. Dans cette étude, le France obtient le premier rang au regard d'une mesure de la mortalité évitable par le système de soins.

¹³⁵ Sondage sur 401 médecins généralistes et spécialistes, enquête réalisée en février 2008 pour le Quotidien du médecin, disponible sur le site de l'IFOP. Cette enquête ne confirme pas l'idée commune que les jeunes médecins ou les femmes seraient beaucoup plus enclins que leurs aînés à souhaiter de nouvelles formes de rémunération : les moins de 45 ans sont à 47% favorables aux expérimentations contre 45% des 45-59 ans, les femmes sont favorables à 41% contre 46% pour les hommes.

patients, il est difficile de lui imputer des résultats qui, notamment dans le cas des maladies chroniques, dépendent grandement de l'attitude du patient.

De plus, dès lors que les généralistes britanniques ont des durées de travail "raisonnables" et qu'ils peuvent investir dans le développement de leur équipe, le système de paiement à la performance pouvait se traduire par une augmentation du temps de travail global des cabinets. En France, compte tenu de la charge des généralistes et de leurs aspirations, il est peu probable qu'une rémunération à la performance se traduise par un accroissement des temps de travail pour la majorité des médecins. Le système de paiement de performance peut donc tout au mieux réorienter "l'effort" des généralistes mais ne devrait pas l'accroître.

Enfin, il ne faut pas négliger le fait que le paiement à la performance s'applique au Royaume-Uni à des cabinets d'en moyenne 6000 patients soit plus de quatre fois la patientèle d'un médecin français. Il est plus délicat d'avoir des mesures d'indicateurs robustes sur des populations restreintes, d'autant que les maladies chroniques sont loin d'être les causes les plus fréquentes de consultation des médecins généralistes français.

1.3. Des résultats immédiats modestes

Il convient donc d'avoir à l'esprit ces spécificités françaises pour apprécier les possibilités de transposition des expériences étrangères.

De plus, dans les deux pays étudiés, les résultats à court terme du paiement à la performance ont fait l'objet de peu d'études. Les études disponibles concluent à des résultats plutôt modestes. La mise en place d'un système de paiement à la performance semble donc devoir être considérée comme un investissement, investissement consenti à partir de la conviction que le dispositif permettra progressivement de faire valoir des exigences porteuses de qualité et/ou d'efficacité à l'égard du corps médical. Un des facteurs majeurs qui conditionne l'intérêt du dispositif est donc la capacité à obtenir, par la négociation avec les médecins, la fixation progressive d'objectifs plus exigeants.

Toutefois, on peut soutenir que dès lors que des augmentations des rémunérations des médecins seront, en tout état de cause, nécessaires, il est préférable de les utiliser comme levier pour des améliorations de la pratique plutôt que de les distribuer sans contreparties. Il s'agit d'un des arguments les plus forts pour le paiement à la performance même s'il ne justifie qu'un investissement limité dans le paiement à la performance.

Au total, même s'il convient de ne pas placer trop d'espérances, du moins à court terme, sur l'impact potentiel du paiement à la performance, il semble raisonnable de considérer que la France se doit d'envisager la mise en place de cette forme de rémunération pour les médecins de ville.

Aussi, il importe de faire le point sur les éléments qui dans le système français préfigurent une évolution vers le paiement à la performance avant d'examiner deux stratégies d'implantation : l'une dite des "petits pas" qui consisterait à introduire rapidement des éléments de paiement à la performance appelés à se développer, l'autre dite de "projet" qui consisterait à construire un dispositif cohérent et complet de paiement à la performance. Ces stratégies n'étant d'ailleurs pas contradictoires, l'une pouvant préparer l'autre.

2. LES ELEMENTS DE PREFIGURATION DU PAIEMENT A LA PERFORMANCE DANS LE SYSTEME FRANÇAIS.

Avant de discuter des conditions d'implantation en France du paiement à la performance, il convient de mentionner certaines initiatives des partenaires conventionnels ou du législateur en relation avec cette perspective.

2.1. Les objectifs individualisés de l'avenant 23.

La fixation d'objectifs individualisés est pour la première fois organisée par l'avenant 23 à la convention. Ces objectifs concernent le dépistage global du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans, le dépistage organisé du cancer du sein, le taux de vaccination antigrippale, la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) dans le répertoire, la diminution de la prescription d'antibiotiques, la diminution du taux des médicaments pris en charge à tort à 100%.

Pour chacun des objectifs, un objectif collectif est défini. Le taux de dépistage global doit être porté à 80% à trois ans, le taux de dépistage organisé doit être porté à 52% sur trois ans, le taux de vaccination antigrippale et la prescription d'IPP dans le répertoire doivent être portés à 75 %, sur trois ans, le taux de médicaments pris en charge à tort à 100% doit diminuer de 6%. L'objectif de diminution de la prescription d'antibiotiques est défini en rapport avec la moyenne régionale.

De ces objectifs collectifs découlent des objectifs individuels définis de telle manière que leur somme corresponde à l'objectif collectif. Le dispositif de fixation des objectifs individuels est complexe, on peut le résumer en indiquant qu'un progrès est attendu de chacun des médecins mais que le progrès exigé de chacun est d'autant plus important que son niveau de départ est éloigné de l'objectif.

Ces objectifs individualisés devaient notamment "donner du sens à la notion de médecin traitant". Toutefois ils n'ont pas été déclinés de façon concrète auprès de tous les médecins. Selon la CNAMTS, ils auraient été signifiés par les DAM, pour certains objectifs, à certains médecins. Cette première tentative d'individualiser des objectifs reste donc très partielle.

Quoi qu'il en soit, l'acceptation par des syndicats médicaux du principe d'engagements individuels peut être considérée comme un signe favorable pour une démarche de paiement à la performance.

2.2. Les contrats de bonne pratique et leur "rajeunissement" par la loi de financement pour 2008.

La possibilité de conclure des contrats individualisés, dits contrats de bonne pratique (CBP) entre l'assurance maladie et les médecins est apparue pour la première fois dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Par la suite, le législateur a prévu la possibilité de conclure des contrats de santé publique. Ces contrats peuvent ouvrir droit à des majorations forfaitaires de rémunération en contrepartie de pratiques "différentes" (suivi des prescriptions avec la médecine conseil, permanence et coordination des soins...) mais, aussi, de "performances" en matière d'efficacité des prescriptions ou de qualité clinique¹³⁶.

En fait, ces contrats, pour ce qui concerne les généralistes, n'ont pas été utilisés pour rémunérer des performances ou même des pratiques particulières mais pour soutenir l'exercice médical dans certaines zones géographiques. Au 31 décembre 2006, on comptait 137 CBP dits "zone rurale", 145 CBP dits "zone franche" et 57 CBP dits "maintien des plateaux techniques dans les stations d'hiver". Le dispositif censé contribuer à l'amélioration des pratiques est principalement utilisé pour favoriser une répartition adaptée de l'offre de soins de premier recours sur le territoire.

Ce dispositif est réaménagé, sans que les dispositions précédentes aient été abrogées, par l'article 43 de la loi de financement pour 2008 créant un article L 162-12-21. Ce dernier prévoit la possibilité pour les organismes locaux d'assurance maladie de passer des contrats individuels avec des médecins ou des centres de santé. Ces contrats individuels, conformes à un contrat type élaboré par l'UNCAM, peuvent prévoir des "contreparties financières" liées à l'atteinte d'objectif concernant "la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de

¹³⁶ Articles L 162-12-18 et L 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

l'information des professionnels". Si les thématiques éventuellement concernées par les contrats, sont celles envisagées par les dispositions antérieures, les notions "d'atteinte des objectifs" et de "contreparties financières" apparaissent plus clairement. De plus ces contrats ne sont plus conformes à des contrats type négociés dans le cadre conventionnel mais établis par l'UNCAM sous le contrôle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Dans le même esprit, l'article 44 de la même loi, prévoit la possibilité d'expérimentation "complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant sur la base d'une évaluation quantitative et qualitative" de l'activité des professionnels ou des centres de santé concernés. Ces expérimentations seront conduites par les Missions Régionales de Santé (MRS) dans le cadre d'un décret qui n'était pas paru lorsque la mission a achevé son rapport.

Le travail de réflexion sur le contenu des contrats types de l'article L 162-12-21 est en cours entre la Direction de la sécurité sociale et la CNAMTS. Un travail particulier de réflexion a par ailleurs été entrepris pour ce qui concerne spécifiquement les centres de santé.

3. INTRODUIRE RAPIDEMENT DES ELEMENTS DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : LA STRATEGIE DES PETITS PAS.

L'adoption de l'article relatif aux contrats individuels témoigne de la volonté du législateur de voir se développer rapidement des éléments de paiement à la performance. Il peut paraître légitime, en effet, de considérer que "le mouvement se prouve en marchant". En introduisant dès à présent de premiers éléments de paiement à la performance, on peut espérer demain évoluer vers la construction d'un système complet.

Il ne faut toutefois pas négliger les limites inhérentes à cette approche, limites qui ressortent des enseignements des expériences étrangères. Un système bâti rapidement sera nécessairement frustré et limité dans son ambition :

- construction des indicateurs sans travail préalable, systématique et concerté, d'appréciation de la qualité des pratiques domaine par domaine (niveaux actuels, tendances récentes, niveaux cibles) ;
- concentration sur un nombre limité d'indicateurs avec le risque que les médecins ne progressent sur les éléments valorisés qu'au détriment d'autres domaines de leur pratique ;
- impossibilité de mobiliser, dans l'état actuel des systèmes d'information, un nombre suffisant d'indicateurs de résultat sauf à organiser un dispositif de « reporting » spécifique;
- faible probabilité que les montants financiers engagés soient suffisants pour engager les investissements matériels ou humains nécessaires pour améliorer les pratiques ;
- difficulté, en tout état de cause, d'envisager de tels investissements dans le cadre de l'organisation actuelle des cabinets (temps de travail très élevé des médecins, absence de travail en équipe, utilisation limitée des outils informatiques).

Dans ce contexte, le dispositif risque de se limiter à un mécanisme de "récompense" attirant l'attention des médecins sur des aspects de leur pratique que les pouvoirs publics souhaitent voir améliorer. S'il est préférable d'envisager le paiement à la performance dans la perspective plus large d'un soutien à "l'investissement", on ne peut exclure que, dans certains domaines, les motivations des médecins soient insuffisantes et qu'un mécanisme d'incitation financière soit alors utile.

On pense assez naturellement à la prévention primaire dont il est souvent affirmé qu'elle est négligée en France au profit d'une orientation curative. Il faut noter toutefois qu'une étude récente, basée sur les déclarations des médecins, vient nuancer si ce n'est contredire cette assertion. Les généralistes consacraient un temps important à la prévention dans le cadre de leur activité courante. Les auteurs concluent que l'enjeu n'est pas d'accroître le temps consacré à la prévention

mais la qualité des actions entreprises¹³⁷. Les résultats de cette étude paraissent cohérents avec ceux obtenus à partir d'un panel de médecins de la région PACA où plus de 80% de médecins déclarent réaliser fréquemment les actes les plus courants de prévention (proposition de mammographies, repérage des effets iatrogènes des polyprescriptions chez les personnes âgées, intervention sur le tabagisme...) même si d'autres interventions (utilisation d'outil de dépistage, proposition d'un carnet alimentaire pour les patients obèses...) sont pratiquées par moins de 50% des médecins¹³⁸.

Au Royaume-Uni des mécanismes d'incitation à des actions de prévention (vaccinations, dépistage...) ont historiquement précédé sous la forme de *targets payments*, le système plus complet de paiement à la qualité mis en place à partir de 2004. Des résultats positifs avaient été observés, selon le ministère de la santé, pour les frottis cervicaux et les vaccinations¹³⁹.

Une revue de littérature aux Etats-Unis recense, parmi neuf études d'impact de dispositifs d'incitation financière à la prévention, cinq dont les résultats sont positifs et quatre pour lesquels les résultats sont nuls. Par ailleurs les effets lorsqu'ils sont positifs, sont au mieux modestes¹⁴⁰ sans que l'on puisse savoir si cet impact limité est lié – ou non – au niveau modeste des incitations.

En tout état de cause, si telles ou telles dimensions de la prévention étaient retenues dans une logique de mise en place progressive d'un dispositif de paiement à la qualité, elles devraient être choisies avec précaution notamment car le développement de la pratique promue peut s'effectuer au détriment d'autres. Il faut donc vérifier sa pertinence en termes de santé publique.

On peut s'interroger par exemple sur l'opportunité de privilégier le dépistage du cancer du sein comme dans l'avenant 23 et sur les modalités. D'une part, 92% des médecins disent proposer souvent ou très souvent une mammographie à leurs patientes¹⁴¹. D'autre part, pour autant, il semble que les objectifs (80% des femmes de 50 à 74 dépistées tous les deux ans) soient loin d'être atteints. On peut en déduire, en première analyse qu'il ne s'agit pas d'attirer l'attention des médecins sur l'intérêt de cet acte mais d'améliorer l'efficacité de leur pratique. Pour autant, cette amélioration est-elle susceptible de dépendre d'une incitation financière ? Peut-on vraiment imputer la faiblesse des résultats à des déficiences des médecins, déficiences qu'ils pourraient corriger en cas d'incitations financières ? La faiblesse des résultats ne renvoient-elles pas à des circonstances locales (facilité d'accès au dépistage, organisation des campagnes de recrutement...) ou n'est-elle pas déterminée par les caractéristiques socio-économiques et culturelles de la clientèle ? A cet égard selon l'enquête ESPS, la proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie depuis moins de trois ans, approche 90% entre 50 et 69 ans puis chute à 75% entre 70 et 79 ans, n'atteint que 77% chez les ménages d'ouvriers non qualifiés contre 95% pour les ménages de cadres¹⁴². A partir de ces données, la question de l'ajustement sur les caractéristiques d'âge et socioprofessionnelles se pose. Quel objectif (taux de mammographie) assigner ? Doit-il être identique pour tous les médecins du pays ? Ne faut-il pas tenir compte du taux de réalisation actuel de chaque médecin, des médecins de la région, du département, du territoire, des médecins ayant une clientèle comparable ? Ne faut-il pas privilégier une autre action de dépistage -cancer du

¹³⁷ Voir Pelletier-Fleury et al. "Preventive service delivery: a new insight into general practice" Health Policy 83(2007) 268-276.

¹³⁸ M. Aulagnier et al. "Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention, les enseignements d'un panel de généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur", Pratique et Organisation des Soins, volume 38, n°4, octobre-novembre 2007.

¹³⁹ Sur cette question voir notamment Ammi M. Béjean S. *Les incitations "explicites" à la prévention peuvent-elles être efficaces en médecine libérale*, Communication aux XXIX^e journées des économistes français de la santé.

¹⁴⁰ Kane RL, Jonhson PE, Town RJ, Butler M. *Economic incentives for preventive care. Evidence Report/Technology Assesment n°101*, Agency for Healthcare Research and Quality, août 2004.

¹⁴¹ M. Aulagnier art. cité

¹⁴² Allonier C. Dourgnon P. Rocherau T. *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, IRDES 2008.

colon par exemple- en tenant compte du fait que ce dépistage est beaucoup moins proposé (59%) que la mammographie ?

La mission ne dispose, bien évidemment, ni des données, ni surtout des compétences pour répondre à de telles questions. Il ne s'agit que d'un exemple de la réflexion qui devrait être menée sachant qu'au-delà de la sélection du champ couvert par les indicateurs de qualité, il convient de se prononcer sur l'ajustement en fonction des caractéristiques d'âge de la patientèle (par exemple, l'effort à fournir n'est pas le même selon la proportion des femmes de 50 à 74 ans), de l'ajustement éventuel en fonction des caractéristiques socioéconomiques (cf. supra), du mode de rémunération, du niveau d'exigence...

En tout état de cause, il semble que même dans une perspective de mise en place relativement rapide, on ne puisse faire l'économie d'une réflexion mobilisant experts de santé publique et praticiens de terrain en sus des institutions que concernerait un tel dispositif. S'il n'est pas possible à court terme d'envisager un bilan exhaustif des problèmes éventuels de qualité en ville, il est toutefois possible, sur un certain nombre de problèmes spécifiés, de vérifier la valeur des objectifs, la pertinence des indicateurs associés et les modalités adéquates de rémunération. En tout état de cause, cette phase d'expertise et de concertation paraît nécessaire pour construire un niveau minimum de consensus autour de l'initiative. Il convient également de prévoir une phase de négociation plus classiquement conventionnelle sur le niveau des rémunérations à la qualité et sur l'articulation avec les autres éléments de rémunération.

Il faudra certainement trouver un équilibre entre le souci de donner rapidement une traduction concrète au dispositif de contrat individuel et le temps nécessaire au travail d'expertise et de concertation.

4. METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE PAIEMENT A LA PERFORMANCE : UNE LOGIQUE DE PROJET A MOYEN TERME

S'engager au-delà d'éventuelles premières initiatives ponctuelles vers un dispositif plus complet de paiement en fonction de la performance sur un mode inspiré du dispositif britannique suppose que soient réunies certaines conditions : un consensus sur le fait qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité des soins en ville, un accord des organisations syndicales de médecins pour consacrer à ce mode de rémunération les marges de manœuvre financières aujourd'hui consacrées aux hausses de tarifs, une évolution des modes d'organisation et de rémunération de la pratique telle qu'elle puisse permettre un travail en équipe notamment avec des infirmières¹⁴³.

Il va de soi que la mission n'est pas en mesure d'apprécier si ces conditions sont susceptibles d'être réunies. Les débats qui ne manqueront pas de naître autour du projet de contrat individuel et l'évolution des réflexions conduites par la Haute Autorité de Santé sur la coopération entre professionnels de santé permettront de mieux dessiner le champ du possible.

Dans ce cadre, si ces conditions étaient réunies, il est nécessaire de décrire succinctement, sans viser à l'exhaustivité, deux pré-requis essentiels pour engager un tel projet.

¹⁴³ A la différence de la capitation, le paiement à l'acte ne favorise pas le travail en équipe. Il induit une concurrence entre les professions pour la réalisation des actes.

- Un exercice de bilan sur la qualité des pratiques en médecine de ville pour déterminer les zones de force et de faiblesse et l'impact de ces forces et faiblesses sur les résultats en termes de santé. Il s'agit de pondérer les questions et les problèmes pour déterminer ceux autour desquels devraient s'organiser un éventuel dispositif de paiement à la performance et de se prononcer sur les indicateurs pertinents. Cet exercice butera certainement sur l'étréouesse des données disponibles mais il semble possible à partir des données existantes d'établir un socle permettant des évolutions ultérieures. Un tel exercice est par nature complexe, il suppose de réunir des cliniciens, des experts de santé publique, des praticiens de terrain, des représentants des personnes malades. La HAS, en collaboration avec l'INPES, semble être l'institution disposant des moyens et de la légitimité pour conduire une telle démarche. Cette dernière se rapproche dans son esprit de celle qui a été entreprise pour le secteur hospitalier à travers le projet COMPAQH.
- Il ne semble pas pour autant que cet exercice même bien conduit puisse, à soi seul, fonder un dispositif de paiement à la performance. En effet, on l'a vu, celui-ci ne peut se développer qu'à partir de données qui aujourd'hui ne sont pas accessibles, données qu'il est nécessaire de saisir au cabinet en pratique courante. Il est donc raisonnable de penser qu'avant même de rémunérer les performances, il faudra rémunérer les médecins pour qu'ils acceptent de s'équiper de logiciels normalisés de gestion de dossier patients et de saisir les données nécessaires au fonctionnement du système. Les données issues de cette première période seront d'ailleurs certainement nécessaires pour calibrer le dispositif. Cette étape qui peut paraître un détour est d'ailleurs nécessaire si, comme évoqué précédemment, on admet que le paiement à la performance ne prend son sens que si les médecins sont en mesure de gérer activement les performances pour lesquelles ils sont rémunérés. Bien évidemment, cet investissement doit être rapproché de ceux nécessaires par ailleurs pour que se développe le projet de DMP. Si les finalités des deux projets sont à l'origine distinctes, il semble évident que les deux projets devraient être pensés conjointement.

Enfin si le projet de "maison de santé pluridisciplinaire" se développe et si ces "maisons" sont effectivement l'occasion de mettre en place de nouvelles modalités de travail en équipe, ces "maisons" pourraient être des lieux d'expérimentation du paiement à la performance.

Pierre Louis BRAS

Docteur Gilles DUHAMEL

Liste des personnes rencontrées

Direction de la sécurité sociale :

- Marine JEANTET : adjointe au sous-directeur

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés :

- Jean Marc AUBERT
- Dominique POLTON
- Franck VON LENNEP

Haute autorité de santé :

- Pr Laurent DEGOS
- François ROMANEIX
- Participation au colloque « Paiement à la qualité » Février 2008

Ambassade de France au Royaume –Uni

- Vincent CHEVRIER : conseiller social

Royaume-Uni :

- Dr Umesh CHAUHAN University of Manchester
- Dr Richard VAUTREY British medical association
- Dr Brian DUNN British medical association
- Dr Iona HEATH Royal college of general practitioners
- Dr John HOWARD Royal college of general practitioners
- Dr Garth MANNING Royal college of general practitioners
- Meeta KATHORIA Royal college of general practitioners
- Pr FIELD Royal college of general practitioners
- Pr Nigel SPARROW Royal college of general practitioners
- Dr Ken LAWTON Royal college of general practitioners
- Ivan OKYERE-BOAKYE Primary care trust Kensington & Chelsea
- Dr Mark ASHWORTH King's college London

Etats –Unis d'Amérique :

- Participation au third national Pay-for-Performance Summit
Los Angeles CA Février 2008