

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.