

Avec le soutien du groupe de pilotage GTQ-FMH*, le département Données, démographie et qualité (DDQ) établit, sur différents thèmes relevant du domaine de la qualité, des documents de base publiés dans le Bulletin des médecins suisses. Sur la base de ces documents, la FMH rédige un article relayant «La prise de position de la FMH». Nous

vous présentons dans ces colonnes le document de base ainsi que la prise de position de la FMH sur le thème «Incitatifs en faveur des démarches pour la qualité des soins». Sur un sujet similaire, le document de base sur l'évaluation des coûts et de l'utilité des activités en faveur de la qualité sera publié dans la prochaine édition.

Incitatifs en faveur des démarches pour la qualité des soins

Lea Schläpfer, Daniel Herren

Garantir la qualité et l'attester coûte de l'argent et prend du temps. Même si cette démarche bénéficie dans une large mesure aux patients, qui doit payer les efforts accomplis dans ce domaine? Comment alléger et comment indemniser la charge administrative supplémentaire déployée par les médecins pour mesurer et gérer la qualité des soins. Par ailleurs, l'augmentation constante des coûts induit la question, importante sur le plan politique, de savoir s'il ne faudrait pas aussi récompenser les médecins qui fournissent de meilleures prestations. Dans le cadre du projet de monitoring de la qualité [1], le département Données, démographie et qualité (DDQ) propose des solutions et évalue les incitatifs et méthodes susceptibles de soutenir les démarches qualité du corps médical en pratique ambulatoire. Le présent article se penche sur les systèmes proposés, planifiés ou déjà en application au plan national et international pour inciter les médecins à des démarches pour la qualité des soins.

Situation initiale

Le débat politique autour des incitatifs pour les démarches qualité crée bien souvent un lien entre la qualité des soins, considérée comme une évidence, et la revendication selon laquelle un meilleur travail médical doit être mieux rémunéré. D'un côté, l'éthique professionnelle des médecins est mise en avant comme moteur des démarches pour la qualité, que des incitatifs financiers ne feraient que diminuer, de l'autre on évoque la nécessité de récompenser un niveau de qualité élevé. N'y aurait-il ici qu'une contradiction apparente? En réalité, pour la grande majorité des médecins, les activités pour garantir la qualité des soins sont naturellement ancrées dans l'exercice quotidien de leur profession. Toutefois, il ne faudrait ignorer les défaillances de la fourniture des prestations médicales. Mais comment motiver les médecins à examiner et améliorer constamment leurs prestations sous l'angle de la qualité? Une recom-

pense monétaire est-elle appropriée, et quelles seraient les alternatives dans le cas contraire? La «Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé» envisage, comme options pour promouvoir la qualité des soins, des incitatifs directs par une rémunération en fonction de la qualité (Pay for Performance), des incitatifs indirects (promotion de cercles de qualité, projets qualité, certifications, etc.) et l'encouragement de structures de soins efficaces en termes de qualité (soins intégrés) [2]. Le rapport souligne expressément le fait que la loi sur l'assurance-maladie ne prévoit aucune possibilité d'incitation ou de pénalisation directe par la Confédération. Elle comporte toutefois des dispositions minimales obligatoires en matière d'attestation de la qualité. Conformément à l'art. 43, al. 2, lettre d LAMal, la rémunération de certaines prestations peut être soumise, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, à des conditions concernant l'infrastructure, la formation prégraduée, postgraduée et continue. Si certains critères de qualité ne sont pas remplis, la prestation correspondante n'est pas rémunérée. Dans ce sens, la loi exerce une certaine pression en faveur d'une garantie de la qualité, mais pas d'incitation à des activités en faveur de la qualité. Une concurrence de la qualité au lieu d'une simple concurrence des prix n'est pas prévue par la LAMal. Néanmoins, la loi n'exclut pas non plus explicitement de rémunération différenciée des fournisseurs de prestations en fonction de critères de qualité. Selon le document de stratégie de la Confédération, les partenaires tarifaires devraient mettre en œuvre une incitation directe. Mais avant de prendre une telle initiative, il convient d'examiner plus en détail les expériences pratiques tirées des différents modèles d'incitation.

Pay for Performance

Dans le domaine des ressources humaines, Pay for Performance représente un concept de motivation selon lequel les salariés touchent une meilleure rémunération si leur équipe, département ou entreprise atteint les objectifs fixés. Dans le système de la santé, cette

* Membres du GTQ FMH (dans l'ordre alphabétique):
Hélène Beutler, Patrick Bovier, Karl Hampl, Daniel Herren, Martina Hersperger, Monika Loy, Francesca Mainieri, Varja Nikolic, Claude Oppikofer, Lea Schläpfer, Hans-Anton Vogel, Jürg von Below, Adrian Wirthner

Correspondance:
Secrétariat général FMH
Département DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15

ddq@fmh.ch

désignation correspond à un modèle de rémunération des prestations qui récompense les fournisseurs de prestations ayant atteint certains objectifs en matière de qualité. Pay for Performance (P4P) est sensé créer des incitatifs pour l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité. Les répondants des frais conviennent avec les fournisseurs de prestations de critères qualité et les rémunèrent en fonction du taux de réalisation des objectifs. Ces objectifs sont définis sur la base d'indicateurs relatifs à la qualité structurelle, des processus et des résultats. Les programmes P4P se fondent donc sur l'idée que la qualité est mesurable, en l'occurrence quantifiable.

Au fond, la solution proposée par P4P est claire: le fait que certains médecins, cabinets et hôpitaux puissent réaliser le même bénéfice indépendamment de la qualité des soins risque de freiner les efforts en faveur de l'assurance qualité et du développement de la qualité. Un travail bien fait doit donc être récompensé par des incitatifs financiers [3]. Toutefois, le scepticisme que suscite le système d'incitation de P4P ne semble pas non plus infondé: les médecins et les patients

redoutent notamment la perte de leur autonomie et de leur sphère privée ainsi qu'une augmentation des charges administratives. Par ailleurs, certaines voix mettent en doute la validité des indicateurs qualité [4]. L'efficacité des programmes P4P fait donc l'objet d'un débat controversé dans la littérature spécialisée et le débat politique. Les Etats-Unis et l'Angleterre ont été les pionniers dans l'application des programmes P4P. Les premiers comptes rendus d'expérience et les premières études scientifiques proviennent donc de ces pays sans toutefois donner une image homogène d'un concept à succès. Ils démontrent au contraire qu'aucun résultat perceptible ne peut être établi quant à une augmentation de la qualité [5]. Une méta-analyse datant de 2006 et qui a évalué pour la première fois l'efficacité de programmes prévoyant explicitement des incitations financières pour la qualité, juge en règle générale minime l'évidence selon laquelle les programmes P4P entraîneraient une amélioration de la qualité [6]. Les études prises en compte par cette analyse révèlent au contraire une amélioration de la documentation du traitement, qui ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration de la qualité des soins [7]. On constate souvent une amélioration de la réalisation des objectifs, mais sans que l'on puisse en déterminer clairement les causes. On a ainsi constaté des effets indésirables de l'introduction de P4P – comme la manipulation des programmes et l'évitement de patients gravement malades [8], – qui conduisaient certes à une meilleure réalisation

des objectifs, mais pas à l'augmentation attendue de la qualité [9]. Par ailleurs, de récentes observations révèlent, pour plusieurs programmes, une amélioration de la qualité à court terme suivie d'une baisse de tendance dès que l'objectif a été atteint [10].

Des résultats plus pertinents ressortent d'une étude sur la modification des conditions de travail des médecins après l'implémentation du système anglais P4P dans la médecine de premier recours. Depuis l'introduction du programme en 2004, 25% en moyenne du revenu des médecins de famille dépendent de la réalisation d'environ 150 indicateurs qualité établis [11]. Selon cette évaluation, les médecins participant au programme ont vu augmenter leur revenu, mais surtout leur charge de travail administratif et clinique. L'étude indique également qu'une grande partie du corps médical participant au programme a, par ailleurs, déploré une diminution de son autonomie professionnelle. Une étude qualitative comparant le programme P4P anglais à celui de la Californie, a révélé que l'enregistrement, exigé par P4P, d'un plus grand nombre de données modifiait considérablement la

Au fond, la solution proposée par P4P est claire

nature de la consultation [12]. Le temps consacré à cette saisie diminue le contact visuel entre le médecin et son patient et instaure une «distance» – comme le perçoivent souvent les deux parties – avec un effet négatif sur l'entretien. Contrairement au programme anglais, le programme californien n'autorise pas les médecins à exclure des patients qui refusent un traitement (*exception reporting*), ce qui conduit à un sentiment de frustration chez le corps médical concerné.

De nombreuses questions concernant P4P demeurent toutefois sans réponse et nécessitent des études supplémentaires: à quels indicateurs, la rémunération doit-elle se référer (qualité structurelle, des processus ou des résultats)? Quel est l'impact des bonus sur la qualité des traitements lorsque cette dernière n'est pas mesurée? A combien les incitations financières doivent-elle se monter pour motiver les médecins à fournir de meilleures prestations? Et enfin: des incitations financières motivent-elles vraiment une démarche qualité chez les médecins? Les systèmes d'incitation basés sur la récompense ou la sanction financière s'orientent parfois à l'image quelque peu dépassée de l'homo oeconomicus qui veut gagner beaucoup d'argent tout en affichant une inertie et une crainte de la responsabilité.

Motivation pour une démarche qualité

La fierté à l'égard de sa propre activité et l'éthique professionnelle s'avèrent être des moteurs importants pour déployer des efforts de garantir et d'améliorer

la qualité dans l'exercice de la médecine [13, 14]. Des incitatifs financiers ne se prêtent guère à encourager ces facteurs de motivation intrinsèques. On observe au contraire qu'une méthode de gestion comme P4P évince plutôt la motivation intrinsèque [15]. Parallèlement, on constate aussi que la motivation professionnelle n'est souvent pas suffisante pour améliorer la qualité des soins, si celle-ci doit passer par des frais d'investissements assumés par les médecins [16]. Une évaluation qualitative des facteurs de motivation pour participer à un programme d'assurance qualité et de développement de la qualité pour le traitement de malades chroniques en Angleterre [17] a permis d'observer que les médecins se disaient prêts à y participer à condition que les coûts supplémentaires soient couverts par le paiement de bonus. Toutefois, le facteur de motivation le plus important pour les

la direction de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), des critères appropriés pour délivrer et contrôler les certifications ainsi que pour recommander le choix d'organismes adéquats.

Pour le corps médical, les bénéfices pour le patient sont au centre de leurs démarches pour la qualité. Parallèlement, une importante charge administrative et financière supplémentaire freine la motivation dans le déploiement d'activités qualité. Un incitatif essentiel pour que les médecins participent à des mesures en faveur de la qualité est donc un rapport coût-utilité approprié des différentes activités [19].

Que coûte la qualité?

La discussion sur les coûts et l'utilité de la démarche qualité des médecins soulève également la question des coûts. Dans son analyse sur le système de santé

De nombreuses questions concernant P4P demeurent toutefois sans réponse et nécessitent des études supplémentaires

médecins était l'amélioration – par leur participation – de la qualité des soins au profit du patient. Un autre facteur important de motivation était la possibilité de conserver son autonomie professionnelle au sein du programme. Selon la même étude, il ne faut par ailleurs pas sous-estimer la double influence des groupes entre pairs: d'une part, les programmes ou initiatives d'assurance qualité ouvrent la voie au réseautage, d'autre part, la pression exercée par des réseaux existants peut obliger à la participation. La possibilité d'apprentissage grâce aux mesures d'assurance qualité correspondantes semble en outre jouer un rôle important. Il est en effet primordial pour les médecins de pouvoir tirer des conclusions des résultats de leur propre travail. Une véritable assurance qualité et un véritable développement de la qualité des soins médicaux ne sont possibles que si chaque médecin reçoit des retours sur son activité clinique et que des voies d'amélioration lui sont montrées. En Suisse, les initiatives d'assurance qualité des soins sont nombreuses [18]. Les certificats attestant de la participation à de telles initiatives qualité peuvent représenter une incitation supplémentaire pour le corps médical. Ces certifications représentent d'une part une reconnaissance externe des activités fournies en faveur de la qualité, d'autre part ils permettent d'en attester vis-à-vis du public. Ces derniers temps, on observe une forte augmentation des certifications dans le domaine des soins médicaux. Un nombre incalculable d'organismes de certification crée un climat d'incertitude aussi bien chez les médecins que chez les patients. Les certifications manquent ainsi leur objectif premier de label de qualité et d'instrument d'assurance qualité. C'est pourquoi un groupe de travail élabore actuellement, sous

suisse «Chances d'une concurrence axée sur l'utilité dans le système de santé suisse», Elizabeth Olmsted Teisberg part du principe qu'une qualité élevée des soins médicaux entraîne des hausses «importantes» de l'efficacité. Elle parle de «nombreuses possibilités d'améliorer conjointement la qualité et l'économie» [20]. Partant de ce principe, la question se pose de savoir qui effectue l'investissement financier et qui bénéficie du résultat financier. Si les fournisseurs de prestations investissent dans des mesures d'assurance qualité, ils doivent également pouvoir profiter de l'avantage financier. Les coûts supplémentaires générés par la démarche qualité du médecin doivent au moins être couverts. Associer la concurrence des prix à une concurrence sur la qualité dans le système de santé suisse – ce que réclame la FMH dans sa prise de position sur la transparence en matière de qualité – implique de récompenser non seulement la quantité, mais aussi la qualité [21, 22]. Mais d'un point de vue macro-économique, une meilleure qualité des soins signifie-t-elle véritablement une diminution des coûts? Cette question divise les économistes de la santé [23, 24]. D'une part, il est évident qu'une qualité insuffisante des soins, notamment aussi les erreurs de traitement, n'entraîne pas l'amélioration souhaitée, mais qu'elle risque même de dégrader l'état de santé d'un patient, et donc d'occasionner des coûts supplémentaires. D'autre part, il ne faut pas sous-estimer les coûts générés par les mesures d'assurance qualité et de développement de la qualité – comme par ex. les charges administratives et financières importantes pour mesurer la qualité. L'efficacité est déterminée par le rapport coûts/utilité; en revanche l'utilité ne se définit pas pour le corps médical, contrairement aux

économistes, sur le seul plan financier. Ce sont précisément les bénéfiques pour le patient en termes de santé, et en l'occurrence son bien-être, qui devraient être au centre du débat sur la qualité des soins.

Conclusion

Quelle qualité voulons-nous? Et à quel prix? Ce sont ces questions fondamentales qui se posent sur le rapport coûts/utilité de la démarche qualité des médecins et qui demandent un débat social et éthique approfondi. Définir des incitatifs pour une démarche qualité dans la médecine ambulatoire implique de savoir quelle qualité ces incitatifs devront cibler. S'agit-il d'éviter des prestations de mauvaise qualité ou d'obtenir la meilleure qualité possible? Ces objectifs ne sont assurément pas incompatibles, mais il convient d'en examiner les différentes particularités: des incitatifs en vue d'améliorer une qualité des soins médiocre ne sont pas automatiquement comparables à ceux qui encouragent des prestations de haut niveau. Ainsi, dans le cas d'incitatifs financiers par exemple, des améliorations sont perceptibles tant que l'objectif n'a pas été atteint. Une fois atteint, l'augmentation de la qualité n'est plus guère visible. Cela s'explique entre autres par le fait que la motivation intrinsèque à l'égard de l'assurance qualité et de l'amélioration de la qualité est supplantée par une focalisation sur les incitations financières. En règle générale, on peut dire que la possibilité d'apprentissage et de feed-back, l'intégration en réseau et la reconnaissance externe de la démarche qualité représentent de fortes incitations pour participer à des mesures d'assurance qualité et de développement de la qualité. La charge administrative supplémentaire, la non-couverture de coûts supplémentaires et la perte de l'autonomie professionnelle représentent, quant à elles, un frein à la motivation du corps médical à l'égard d'une démarche qualité. Le bien du patient est au centre de l'exercice de la médecine – c'est aussi le cas dans la démarche qualité. Le médecin opte pour les activités qualité ayant un impact bénéfique pour le patient. La plus forte incitation pour une démarche en faveur de la qualité des soins est donc l'efficacité des différentes activités qualité.

Références

- Schlöpfer L, Herren D, Hersperger M. Monitoring de la qualité – Le corps médical assure la qualité. Bull Méd Suisses. 2009;90(42):1607–09. Des informations sur le monitoring de la qualité sont également disponibles en ligne sous: www.fmh.ch/themen/qualitaet/q_monitoring.html
- Stratégie fédérale en matière de qualité dans le système de santé, 9 octobre 2009, p. 58, en ligne sur Internet: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=fr (Etat: 6 novembre 2009).
- Biller-Adorno N, Wild V. Ethische Fragen zur Leistungsentlohnung im Gesundheitswesen. Care Management. 2008;1(6):17–19.
- Bailly A, Bernhardt M, Gabella M (Hrsg.). Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz, 2. Aufl. Bern: 2008. p. 83.
- Cf. Amelung V, Zahn T. Pay-for-Performance (P4P): Der Business Case für Qualität? Eine Studie im Auftrag der DxCG Gesundheitsanalytik GmbH. 2009. www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/P4P-Studie_Amelung_DxCG_v0.5.pdf (Etat: 10.11.2009).
- Petersen L et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145:265–72.
- Ebd. p. 268 und Campbell SM et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England, NEJM. 2009;361(4):368–78.
- Fisher ES. Paying for Performance – Risks and Recommendations. 2006; NEJM. 355(18):1845–1847.
- Petersen L et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145:268.
- Campbell SM et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. NEJM. 2009;361(4):368–78.
- Doran T et al. Pay for Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom, NEJM. 2006;355(4).
- McDonald R, Roland M. Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. Annals of Family Medicine. 2009;(7):121–27.
- Rosenthal MB et al. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. JAMA. 2005;294:1788–93.
- Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. NEJM. 2007;356:515–7.
- Osterloh, M Rost K. Management fashion pay-for-performance for CEOs. In: Vartiainen M, Antoni CH; Baeten, X, Hakonen N, Lukas R, Thierry H. Reward management – facts and trends in Europe. 2008; Lengerich. p. 139–163.
- Campbell SM et al. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. NEJM. 2007;357(2):181–90.
- Spooner A et al. What makes British general practitioners take part in a quality improvement scheme? J Health Serv Res Policy. 2001. Vol 6 No 3:147.
- Informations concernant les initiatives qualité: www.fmh.ch → Qualité → Initiatives qualité
- Cf. Papier de base sur les coûts et l'utilité dans la prochaine édition du BMS.
- Olmsted Teisberg E. Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Zürich; 2008. p. 48 f.
- Cf. Simonetta Sommaruga dans infosantésuisse, 4/09. p. 10.
- Prise de position Transparence de la qualité, publication BMS.
- Appleby J. Does improving quality of care save money? BMJ. 2009;339:644–5.
- Ovretveit J. Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation. 2009; www.health.org.uk/publications/research_reports/does_quality-save.html (Etat: 4. novembre 2009).