

Le paiement à la performance au Royaume-Uni

1 L'expérience britannique

- Le contexte
 - Une politique volontariste de croissance des dépenses
 - Une volonté de transferts vers les soins primaires
 - L'organisation des soins primaires :
 - des cabinets d'environ 20 personnes (4 à 5 médecins)
 - une rémunération de base fondée sur la capitation

1 L'expérience britannique

- Les objectifs
 - Améliorer la prise en charge et la prévention des maladies chroniques
 - Favoriser le respect des référentiels
 - Valoriser les efforts d'éducation et d'accompagnement des patients
 - Promouvoir une médecine proactive et pas seulement opportuniste

2 L'expérience britannique

- Le dispositif négocié entre le NHS et la BMA
 - Des indicateurs (135) pour mesurer des performances
 - Les performances sont traduites en points (1000 points maximum) et les points sont traduits en £. (fonction de la taille de la patientèle et de la prévalence des pathologies)
 - Trois domaines principaux :
 - la qualité clinique (691 points sur 1000),
 - l'organisation du cabinet (181 points sur 1000),
 - la satisfaction des clients (108 points sur 1000).

	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

2 L'expérience britannique

- Les indicateurs : exemple du diabète
 - 16 indicateurs, 93 points au maximum.
 - Indicateur d'organisation : pouvoir produire un registre (6 points)
 - Indicateur de procédure : % des patients ayant un dosage HbA1c dans les quinze mois (3 points si plus de 90%),
 - Indicateur de résultat : dosage < à 7,5 pour plus de 50% (17 points), dosage < à 10 pour plus de 90% (11 points).

2 L'expérience britannique

- Les résultats

- En moyenne : 95 % du maximum des points, 4,4% des cabinets ont moins de 800 points.
- Dépenses de 1,25 Md d'euros, revenus nets des généralistes augmentent de 60% entre 2002 et 2005
- Etudes cliniques : Impact positif mais modeste
- Résultats faibles par rapport aux sommes consacrées mais :
 - (1) dépenses engagées en tout état de cause
 - (2) augmentation progressive des exigences.

3 Les questions

- Quelle notion de performance ?
 - L'efficacité est un élément de la performance
 - Mais l'introduction d'indicateurs d'efficacité fait peser une suspicion sur le dispositif
 - Séparer incitations à la qualité et incitations à l'efficacité : incitations à la qualité = programme national, incitations à l'efficacité = contrats locaux

3 Les questions

- Quelle qualité ?
 - Un système de paiement à la qualité ne rend pas compte de toutes les dimensions de la qualité.
 - Pas la prise en charge des épisodes aigus, pas la pertinence du diagnostic, pas les décisions exceptionnelles en urgence, pas la pertinence des décisions dans les cas complexes
 - Mais la gestion en moyenne d'une population, la conformité aux référentiels (chroniques, prévention primaire), le travail en équipe et l'accompagnement des patients.

3 Les questions

- Le sens du paiement à la qualité?
 - Le médecin recherche la qualité sans motivation financière
 - Le paiement à la qualité fondé sur l'idée de "récompense" conduit à une impasse. Diagnostic erroné, désobligeant pour les médecins. Risque d'effet d'éviction des motivations déontologiques par les motivations "intéressées".
 - Le paiement à la qualité : support pour une modification des pratiques et un investissement en temps (temps du praticien ou temps de collaborateurs) et en outils (NTIC)

3 Les questions

- Le sens du paiement à la qualité?
 - Pas de sens au paiement à la qualité si le médecin n'a pas les moyens de « gérer » les indicateurs de performance
 - Donc paiement à la qualité support pour un investissement et investissement condition du paiement à la qualité
 - Programmes P4P aux USA paye pour l'informatisation des cabinets : moyens = conditions du résultat;

3 Les questions

- Quels indicateurs?
 - Le risque des indicateurs partiels
 - L'importance de pondérer correctement les indicateurs
 - L'imputabilité aux praticiens
 - La priorité aux indicateurs de résultat sur les indicateurs de procédure
 - L'importance du processus de construction des indicateurs

4 Le paiement à la performance en France

- L'inévitable débat
 - Les détracteurs : l'essentiel c'est ce qui n'est pas mesurable, pas d'approche globale du patient découpé en indicateurs, médecine mécanique qui dévalorise le jugement clinique.
 - Les défenseurs : fournit les moyens et les incitations pour qualité minimale, promeut une médecine plus proactive et plus soucieuse de l'accompagnement du patient, fournit des bases à partir desquelles peut se développer le jugement clinique.

4 Le paiement à la performance en France?

- Les limites de la transposition
 - La France n'a pas les moyens de la générosité britannique
 - La France, plutôt « satisfaite » des performances de son système de santé
 - Des relations médecins/pouvoirs publics différentes
 - L'attachement au paiement à l'acte
 - Pas de travail en équipe, moindre informatisation des cabinets (dossiers patients, registres...)

4 Le paiement à la performance en France?

- Au total

- Malgré la modestie des résultats dans un pays où le contexte est plus favorable, une perspective pour la France car il vaut mieux valoriser la qualité que ne payer que la quantité
- Expérience CAPI, un premier pas ?
- Des conditions pour aller plus loin : la fin de l'autosatisfaction sur les performances actuelles, un accord sur le principe et sur le financement avec les représentants des médecins, la création des conditions du travail en équipe.