

Chapitre 4

Améliorer l'efficacité des dépenses de santé en rémunérant la performance

Beaucoup de pays de l'OCDE expérimentent de nouvelles méthodes pour inciter les fournisseurs de soins à améliorer la qualité des soins de santé, souvent appelées « paiement à la performance » (PàP). Cependant, il n'a pas encore été véritablement vérifié – notamment en raison du manque de données adéquates – si ces nouveaux modes de paiement des fournisseurs de soins (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) améliorent significativement la qualité des soins et accroissent aussi l'efficacité dans la santé. L'expérience acquise jusqu'à présent laisse penser qu'il est possible d'améliorer la qualité et l'efficacité en payant pour cela, par exemple dans les interventions de santé publique comme le dépistage du cancer et en amenant les médecins à suivre les recommandations fondées sur les preuves scientifiques pour les affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. On considère dans ce chapitre des cas où le PàP semble produire de bons résultats et on analyse les nombreux facteurs qui influent sur la mise en œuvre des programmes d'incitations, tels que les problèmes que posent la mise en place de mesures de la qualité, la collecte des données et le suivi des performances – condition préalable pour la conception de dispositifs de PàP efficaces.

1. Introduction

Beaucoup de pays de l'OCDE expérimentent de nouvelles méthodes pour rémunérer les fournisseurs de soins et quelquefois les patients de manière à améliorer la qualité des soins de santé, souvent appelées « paiement à la performance » (PàP) ou paiement aux résultats¹. Des dispositifs de plus en plus nombreux testent de nouveaux modèles de récompense de la qualité : dans des pays de l'OCDE comme les États-Unis, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ; dans des pays à revenu intermédiaire comme le Brésil, la Chine et l'Inde ; et dans des pays à bas revenu comme le Rwanda. Ces dispositifs de PàP visent à déterminer si de nouveaux modes de paiement des fournisseurs de soins (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) utilisant un certain type de mesure synthétique de la qualité produisent des améliorations de la *qualité* des soins et accroissent aussi l'*efficience* dans la santé. Bien que les données soient pour le moment limitées étant donné que ces dispositifs sont nouveaux et que beaucoup comportent peu d'évaluation rigoureuse, l'expérience réunie jusqu'à présent laisse penser qu'il est possible d'améliorer la qualité et l'efficience en payant pour cela.

À l'heure actuelle, la plupart des fournisseurs de soins de santé ne sont pas récompensés pour l'amélioration de la qualité. Les modes de paiement classiques des médecins comme le salaire, le paiement à l'acte ou la capitation rémunèrent la quantité mais non la qualité. Par exemple, les barèmes d'honoraires courants dans de nombreux systèmes d'assurance paient en fonction de l'unité de service et non de la qualité du service ou de l'amélioration des résultats de santé intermédiaires. La capitation (paiement au nombre de personnes inscrites au cabinet du médecin) laisse l'appréciation de la qualité aux patients, en supposant qu'ils peuvent s'inscrire dans un autre cabinet si la qualité est insuffisante. Dans les hôpitaux, même de nouveaux modes de paiement comme les « groupes homogènes de malades » (GHM), qui paient un montant fixe par patient en fonction du diagnostic (pour tenir compte du profil de cas), n'effectuent pas une mesure en bonne et due forme de la qualité des soins.

Certains pensent que la concurrence entre les fournisseurs de soins améliorera la qualité en donnant le choix aux patients, mais la concurrence ne peut à elle seule résoudre l'éternel problème de l'asymétrie de l'information entre les médecins et les patients, et aussi entre les médecins et les payeurs. L'appréciation de la qualité nécessite des informations (comme les taux d'hospitalisation, les taux d'infection nosocomiale ou l'efficacité globale des traitements) qui dépassent ce que les patients peuvent savoir pour un coût raisonnable. En fait, pour concevoir des dispositifs de PàP efficaces, une condition préalable est de déterminer ce qui constitue la qualité et d'élaborer des mesures de la qualité appropriées.

2. La difficulté de définir et de mesurer la qualité des soins

Comme on peut l'imaginer, il est difficile de mesurer quelque chose d'aussi multidimensionnel que la qualité des soins. Notre réflexion sur la qualité des soins a connu une révolution ces deux dernières décennies depuis les enseignements tirés de Deming et Juran sur la qualité des processus industriels qui ont montré l'importance de mesurer la qualité pour pouvoir l'améliorer. Cette question a été mise en lumière dans deux rapports de l'Institute of Medicine (IOM) des États-Unis, qui ont eu une grande influence : *Crossing the Quality Chasm* qui a créé un nouveau paradigme de réflexion sur

la qualité et *To Err is Human* qui indiquait que les erreurs médicales tuaient plus de gens que les accidents de la route aux États-Unis. L'IOM définit la qualité comme ce qui mesure « à quel degré les services de santé aux individus et aux populations augmentent la probabilité des résultats de santé désirés et sont conformes au savoir professionnel du moment ».

Au cœur de la qualité se trouve l'efficacité clinique – le fait qu'une action donnée améliore les résultats de santé (ou non). Cependant, les résultats sont eux-mêmes complexes et multidimensionnels. Ils comprennent des aspects qui dépassent l'efficacité clinique, comme la qualité de la vie et la satisfaction du consommateur. Pour illustrer la complexité de la mesure de la qualité, considérons l'exemple de la qualité du traitement d'une femme diagnostiquée pour un cancer du sein. Le stade auquel le cancer est diagnostiqué détermine son espérance de vie. Cela implique que pour analyser les différences de résultats entre différents groupes de médecins ou entre des hôpitaux, il faut considérer les différences de stade afin de prendre en compte le degré de gravité de la maladie – ce que l'on appelle dans le jargon de la politique de la santé le « case mix » (profil des cas traités). Le stade auquel le cancer est détecté dépend de la couverture et de la qualité des programmes de dépistage et, dans de nombreux pays, la couverture est faible. En conséquence, une des mesures de la qualité peut être la couverture du dépistage du cancer et cette métrique est utilisée dans de nombreux dispositifs de PàP dans les soins primaires.

Cependant, quelle est la qualité des soins du traitement du cancer lui-même (en tant que service de santé) ? Le premier objectif est d'améliorer les résultats de santé. La mortalité est une mesure démographique mais, pour les individus, la statistique la plus significative est la survie à partir de la date du diagnostic. Dans le cancer du sein de stade 1, où le cancer ne s'est pas diffusé au-delà du sein, plus de 90 % des patientes survivent plus de cinq ans et la plupart survivent maintenant couramment plus de dix ans. La mesure des résultats se prolonge donc dans le temps et les mesures de la qualité s'appuient sur des indicateurs de processus à caractère plus intermédiaire portant par exemple sur le fait de savoir si le protocole de traitement du cancer a été correctement appliqué. Pour la plupart des interventions, il est nécessaire de supposer que les résultats intermédiaires comme l'abaissement de la pression artérielle ou du cholestérol conduisent à une amélioration des résultats de santé.

Au-delà de ces questions d'efficacité clinique ou de qualité technique, il existe aussi d'autres aspects de la qualité, comme la qualité de vie. Par exemple, l'opération de la cataracte améliore la vision, mais elle ne prolonge pas la vie. En outre, les patients jugent souvent la qualité des soins de santé suivant des critères plus humains : si le personnel clinique a été poli, les a traité avec respect, ne les a pas fait attendre longtemps, ainsi que la qualité des locaux. Les patients apprécient souvent la qualité des soins de santé suivant des critères non cliniques.

La mesure de la qualité des soins de santé soulève des questions difficiles, mais c'est néanmoins un problème abordable. La qualité comporte trois dimensions : efficacité clinique, sécurité du patient et vécu du patient. Depuis cinq ans, l'OCDE collecte des données sur des indicateurs de résultats normalisés dans la plupart des domaines cliniques. De plus en plus, on introduit la qualité de vie dans des indicateurs de résultats couvrant le vécu des patients. Le Royaume-Uni expérimente de nouvelles méthodes pour incorporer la satisfaction des patients dans le système PROM (Patient Reported Outcomes Measurement) avec des résultats prometteurs. Enfin, des dispositifs de PàP élaborent de nouvelles méthodes pour introduire des mesures de la qualité dans les systèmes de paiement, comme le Quality Outcomes Framework pour les soins primaires au Royaume-Uni.

3. Rémunérer la performance : un nouveau paradigme

Les dispositifs de paiement à la performance apportent un changement en mesurant en bonne et due forme la qualité des soins et en la rémunérant. Dans les pays membres ou non membres de l'OCDE, il existe maintenant de nombreuses tentatives nouvelles pour explorer les possibilités d'introduire la qualité dans les systèmes de paiement. Bien que les observations soient encore insuffisantes pour tirer des conclusions définitives, les résultats des dispositifs de PàP tendent à confirmer l'idée de bon sens que la qualité des soins augmente quand on paie pour cela. Le paiement des services de prévention et de santé publique semble particulièrement efficace et il peut accroître la couverture du dépistage du cancer, les taux de vaccination, etc. Souvent, les médecins de soins primaires négligent les services préventifs comme le dépistage du cancer, la mesure de la pression artérielle et les traitements correspondants, la recommandation d'arrêter de fumer ou d'améliorer son régime alimentaire. Les programmes de PàP qui obtiennent les meilleurs résultats comportent des paiements additionnels pour la fourniture de ces services ou pour avoir atteint certains objectifs. Ces programmes montrent en général une augmentation notable de la participation à ces importantes actions de santé publique, qui peuvent contribuer considérablement à l'amélioration de la santé.

Le PàP est aussi utile pour établir des incitations à la prévention et à la coordination des soins pour des maladies chroniques comme le diabète. Il peut contribuer à assurer l'administration de tests préventifs importants aux diabétiques et également encourager la coordination entre les spécialistes du diabète, qui exercent principalement dans les hôpitaux, et les fournisseurs de soins primaires.

Un des problèmes épineux pour les programmes de PàP est le suivi des indicateurs de la qualité. Dans de nombreux cas, il n'y a pas de collecte systématique d'informations sur la qualité. La collecte d'information doit donc être une partie intégrante des programmes de PàP, ce qui peut nécessiter des investissements initiaux coûteux en ordinateurs, en formation et en logiciel. En outre, la communication d'indicateurs cliniques ne fait pas en général partie de la culture en vigueur dans les cabinets médicaux et il faut faire usage de persuasion pour qu'ils fournissent ces informations. Beaucoup de programmes offrent aux médecins des paiements incitatifs pour la fourniture de ces informations, y compris un financement pour l'informatisation de leurs dossiers. Ces coûts initiaux sont souvent plus élevés que les économies générées à court terme.

Les dispositifs de paiement à la performance sont généralement coûteux les deux premières années, mais ils peuvent produire à terme un retour sur investissement quand le système fonctionne pleinement et que les patients sont en meilleure santé. En outre, les économies de coûts peuvent être générées dans d'autres parties du système. Par exemple, une amélioration des services préventifs dans les soins primaires entraîne une diminution des hospitalisations. Dans les systèmes unitaires comme le NHS au Royaume-Uni, ce type d'économies croisées est internalisé par l'acheteur unique, à savoir le ministère de la Santé. Dans les systèmes comportant de multiples payeurs, il est plus difficile d'évaluer ces économies, étant donné que le payeur n'est pas toujours celui qui recueille les effets bénéfiques. Le fait de savoir si le PàP économise effectivement de l'argent va dépendre de la possibilité, pour l'organisme qui a introduit ce dispositif, d'internaliser les économies de coûts à long terme. Cependant, la question la plus importante n'est pas de savoir si le PàP économise de l'argent, mais s'il améliore la qualité de manière proportionnée à ses coûts, autrement dit s'il en donne ou non « pour son argent ».

Il peut être difficile de savoir avec certitude si la qualité des soins s'est améliorée ou si le système s'est simplement adapté à rendre compte de la qualité ; les dispositifs de PàP nécessitent souvent que l'on mette en place la collecte de données sur la qualité qui n'existaient pas auparavant, mais il se peut que les médecins aient fourni des soins de haute qualité sans en rendre compte. Il est aussi difficile de savoir si les dispositifs de PàP améliorent l'efficacité parce que cela nécessite la collecte des coûts sur une longue période dans tout le système de santé. La plupart des dispositifs de PàP souffrent aussi d'une insuffisance d'évaluation, en particulier en ce qui concerne l'utilisation de groupes témoins, d'où la difficulté de tirer des conclusions. Toutefois, l'expérience des dispositifs de PàP dans un certain nombre de pays semble témoigner d'une amélioration de la qualité des soins. L'exemple des PàP dans les soins primaires en Californie indique qu'ils peuvent servir à établir des incitations en faveur d'importantes actions de santé publique comme le dépistage du cancer, la vaccination, le sevrage tabagique, etc., qui sont très efficaces par rapport à leur coût et parmi les plus rentables en matière de santé. Ce modèle a été reproduit au Brésil et un modèle similaire a été utilisé au Rwanda, montrant également une participation accrue aux services préventifs et de santé publique.

4. Concevoir correctement le PàP : le problème multi-agents

Une des tâches les plus complexes dans la conception des dispositifs de PàP est de trouver le système de paiement optimal pour les fournisseurs de soins de santé. Les médecins ont une connaissance spécialisée sur ce dont les patients ont besoin, ce qui est la raison pour laquelle les patients les consultent, mais les patients ne peuvent juger si ce que le médecin leur dit est vrai, parce qu'il faudrait pour cela qu'ils possèdent les mêmes connaissances spécialisées – en essence, qu'ils deviennent des médecins. C'est le problème classique de l'asymétrie de l'information, dans ce cas compliqué par le problème de l'incertitude des connaissances médicales. Même un médecin ne sait pas nécessairement ce qui fonctionnera pour un patient donné. Les connaissances médicales concernent le patient moyen, mais aucun patient n'est moyen et, pour toute action donnée, il y a un éventail de résultats possibles.

L'asymétrie de l'information et l'incertitude médicale rendent le « problème mandant-mandataire » presque insoluble dans le domaine des soins de santé. Étant donné que le médecin est plus instruit, le patient l'engage comme mandataire, pour que le médecin agisse pour son compte, comme s'il était le patient avec les connaissances du médecin : le médecin est censé agir dans l'intérêt du patient, mais souvent ce n'est pas le cas du fait que les patients et les médecins ont des intérêts, des objectifs et des informations différents.

La situation se complique encore par le fait que souvent le patient ne paie pas le traitement, qui est payé par une tierce partie comme une compagnie d'assurance ou l'État. Il en résulte que, dans la santé, il est très difficile d'ajuster les incitations pour promouvoir la qualité au moindre coût possible parce que trois parties sont en présence, chacune avec des objectifs et un degré d'information différents – le problème multi-agents.

Dans le modèle classique du paiement à l'acte, les médecins ont une forte incitation à fournir des soins supplémentaires, étant donné qu'ils sont payés en fonction du nombre de services fournis. Les patients, pour de nombreuses raisons, notamment le manque d'information mais aussi des facteurs culturels, acceptent en général l'avis des médecins. Dans les systèmes de paiement à l'acte, il existe une forte tendance à accroître le volume

de services pour augmenter le paiement. On peut citer comme exemple la croissance exponentielle du volume de services des fournisseurs de soins chinois qui sont maintenant payés presque exclusivement à l'acte. On a aussi observé une explosion des admissions à l'hôpital, depuis que ceux-ci sont payés au nombre d'admissions (Wagstaff, 2009 ; Herd, 2010). Cette augmentation des services est en grande partie payée par les patients eux-mêmes, étant donné que l'assurance-maladie est très limitée, bien qu'en développement rapide.

Dans les pays de l'OCDE, la plus grande partie des dépenses est assumée par un tiers – l'État ou une compagnie d'assurance. Étant donné que les patients ne supportent pas les coûts réels des services, ils ont tendance à les surutiliser. Quand les médecins sont en présence d'une incitation à en faire plus et que les patients ne s'exposent pratiquement à aucun coût dans l'utilisation des services, il existe une forte pression à l'augmentation de cette utilisation, et il est ainsi vital et nécessaire pour les payeurs tiers de trouver un moyen de maîtriser des coûts sans cesse croissants.

Comme le montre l'exemple ci-dessus, il peut être difficile d'ajuster les incitations des patients et des fournisseurs de soins pour obtenir une efficacité maximum des soins de santé. Un des problèmes est qu'il n'existe pas de mesure de la qualité des soins dans le cadre de la transaction. Si l'on pouvait rendre visible la qualité des soins, en la mesurant en bonne et due forme, cela réduirait l'asymétrie d'information entre les médecins, les patients et les payeurs et il serait peut-être possible d'ajuster les incitations des médecins et des patients en payant sur la base de la qualité des soins – ce qui constitue le fondement théorique du fonctionnement possible du PàP.

5. Définir le PàP

Il n'existe pas de définition du paiement à la performance (PàP) reconnue à l'échelle internationale. Ce terme est souvent employé de manière interchangeable avec le paiement aux résultats ou *financement conditionné aux résultats*. Ce dernier terme est particulièrement utilisé dans la santé au niveau mondial, comme dans le cas du grand fonds mondial établi par la Norvège, le Royaume-Uni et l'Australie dans le cadre de la Banque mondiale. Ce fonds apporte des subventions aux pays pour l'introduction de dispositifs de PàP et pour les évaluer convenablement, notamment avec une méthode expérimentale randomisée fiable qui compare les actions de PàP à des groupes témoins non soumis à l'intervention.

Le tableau 4.1 présente les définitions du paiement à la performance utilisées par les parties prenantes les plus importantes dans ce domaine. Étant donné que le mouvement pour le PàP a débuté aux États-Unis, les trois premières définitions reflètent la perspective de ce pays : 1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2) Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), et 3) RAND Corporation. Elles mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité, toutefois avec une formulation assez différente. La RAND Corporation inclut aussi l'efficacité dans les éléments mesurés. Les trois autres définitions adoptent une approche plus générale et concernent davantage les pays en développement : 4) Banque mondiale, 5) United States Agency for International Development et 6) Center for Global Development. Les définitions de la Banque mondiale, de l'USAID et du Centre for Global Development mentionnent à la fois les incitations du côté de l'offre visant les fournisseurs de soins et les incitations du côté de la demande visant les patients, comme les transferts en

espèces conditionnels. En outre, les définitions des agences de développement mettent l'accent sur la productivité des soins de santé avec des mesures de la production comme les consultations, les tests, les vaccins ou les évaluations de santé.

On utilise ici la définition du PàP plus restrictive axée sur les interventions du côté de l'offre (c'est-à-dire les paiements aux fournisseurs de soins et non aux patients) incluant une certaine mesure de la qualité des soins.

Tableau 4.1. Définitions du paiement à la performance

Organisation	Définition du paiement à la performance (PàP)
AHRQ	Payer plus pour une bonne performance relativement à une métrique de la qualité (source : AHRQ, non daté)
CMS	L'utilisation de modes de paiement et autres incitations en faveur de l'amélioration de la qualité et de soins de haute valeur centrés sur le patient (source : Centers for Medicare and Medicaid Services, 2006)
RAND	La stratégie générale pour l'amélioration de la qualité en récompensant les fournisseurs de soins (médecins, cliniques ou hôpitaux) qui répondent à certaines attentes en matière de performances relativement à la qualité ou à l'efficacité des soins de santé (source : RAND Corporation, non daté)
Banque mondiale	Gamme de mécanismes conçus pour améliorer les performances du système de santé au moyen de paiements incitatifs (source : Banque mondiale, 2008)
USAID	Le PàP introduit des incitations (généralement pécuniaires) pour récompenser l'obtention de résultats de santé positifs (source : Eichler et De, 2008)
Center for Global Development	Transfert d'argent ou de biens matériels conditionné par l'accomplissement d' une action mesurable ou la réalisation d'un objectif de performance prédéterminé (source : Oxman et Fretheim, 2008)

Note : Les mises en gras-italique sont ajoutées par les auteurs.

6. Cadre de conception des programmes de PàP

Pour montrer comment on conçoit et met en œuvre les programmes de PàP, le graphique 4.1 présente un cadre général pour ces programmes. Ce cadre comprend les mesures, les conditions de la récompense et la récompense. La qualité et l'efficacité sont les deux grandes catégories de mesures. On les appelle aussi mesures « du côté de l'offre » pour le PàP, parce qu'elles visent la délivrance des soins de santé par les fournisseurs de soins.

La première composante d'un dispositif de PàP est la mesure de la qualité – le premier encadré dans le graphique 4.1. Les mesures de la qualité suivent un paradigme bien connu distinguant la structure, les processus et les résultats (Donabedian, 2005). La structure concerne l'environnement des soins de santé, comprenant les locaux, les équipements, les fournitures, les produits pharmaceutiques, l'informatique et les ressources humaines. Quand les programmes de PàP récompensent la structure, c'est souvent pour des investissements dans l'informatique. Les processus, au sens large, sont les procédures utilisées pour fournir les services de soins de santé, comprenant les recommandations cliniques, les protocoles de gestion thérapeutique et les taux de vaccination et de dépistage. Les programmes de PàP mesurent souvent les processus en

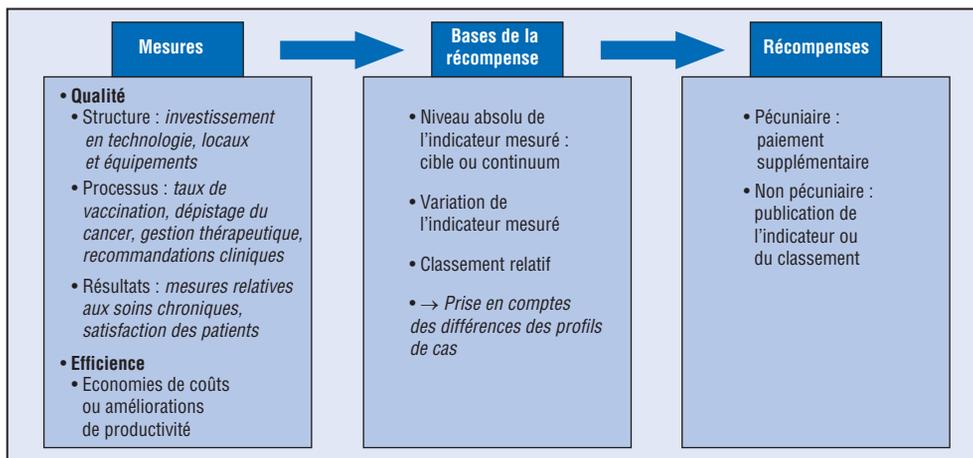
considérant par exemple si un enfant a toutes ses vaccinations ou si une patiente a bénéficié d'un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus, comme mesures de la qualité.

Les mesures de résultats sont les plus difficiles et elles incluent rarement la mortalité ou la morbidité. Par exemple, la survie pour un cancer du sein qui ne s'est pas diffusé au-delà de cet organe est maintenant couramment supérieure à dix ans et il est difficile de récompenser les fournisseurs de soins pour des résultats aussi lointains. En conséquence, la mesure de la qualité s'appuie davantage sur des résultats intermédiaires comme la pression artérielle, la glycémie et le taux de cholestérol. Les mesures de l'efficacité considèrent les coûts. Par exemple, la performance d'un médecin peut se mesurer au nombre de jours d'hospitalisation pour 1 000 patients inscrits, ou on peut considérer le ratio entre les consultations externes dans un hôpital et celles dans un établissement de soins moins coûteux. Ces mesures doivent être corrigées en fonction du profil de cas, étant donné que la gravité des pathologies est un des principaux déterminants du coût. Souvent, l'âge et le sexe sont pris en compte pour l'ajustement par le profil de cas mais ce n'est pas suffisant et des systèmes de classification plus complexes sont nécessaires pour prendre en compte les différences de gravité de l'état des patients. Par exemple, si un cabinet n'a que de jeunes clients en bonne santé et un autre des diabétiques âgés, il n'est pas surprenant que le premier ait de meilleurs résultats que le second.

Les dispositifs de PàP diffèrent entre les pays à haut ou à bas revenu. Dans les pays à haut revenu, en particulier où s'applique le paiement à l'acte, le problème est de maîtriser la demande toujours croissante de services de santé plus nombreux et meilleurs. Dans beaucoup de pays à bas revenu ayant un service national de santé établi de longue date (souvent désigné par le terme de « modèle public intégré »), où les personnels de santé sont des fonctionnaires, les actions essentielles de santé publique comme la vaccination et les soins anténatals souffrent souvent d'une participation et d'une couverture insuffisantes. Le but est d'accroître la participation, particulièrement pour les services hautement prioritaires, avec une qualité accrue. L'exemple classique est le PàP du Rwanda où ce dispositif a institué des paiements pour une liste de services prioritaires. Dans d'autres exemples, les médecins sont récompensés pour travailler dans le secteur public de préférence au secteur privé (par exemple, en Turquie) ou pour diagnostiquer la tuberculose chez les patients (Chine).

En fait, toute sorte de mesure peut être choisie dans un programme de PàP, de celles qui visent les buts étroits de programmes verticaux consacrés à une maladie particulière, comme accroître une vaccination, à celles qui visent des buts généraux tels qu'améliorer les soins primaires. Dans des programmes de PàP comme le Quality Outcome Framework (QOF) au Royaume-Uni, un grand nombre de buts propres à des maladies particulières différentes sont combinés dans une unique mesure composite.

Graphique 4.1. Cadre des programmes de PàP



Source : D'après Scheffler (2008).

7. Récompenser les fournisseurs de soins

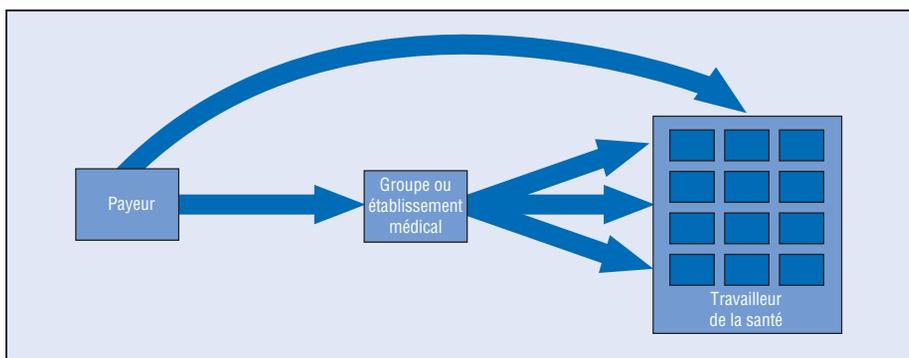
Le deuxième encadré dans le graphique 4.1 est la base de la récompense. Les principales catégories de bases de la récompense sont l'indicateur en nombre absolu, une variation de cet indicateur ou le classement relatif. Premièrement, si l'on considère le niveau absolu de l'indicateur, la récompense peut avoir lieu lorsqu'une cible est atteinte, par exemple atteindre un taux de vaccination de 80 %, ou avoir pour base un continuum (par exemple, dans le QOF, à partir d'un seuil minimum). Un taux cible peut ne pas être la meilleure option, parce que ceux qui sont proches de la cible au départ ou qui l'ont déjà dépassée sont récompensés alors que l'amélioration est faible ou nulle. Quant à ceux qui sont très au-dessous de la cible au départ, il leur faudra probablement une forte incitation pour qu'ils s'efforcent de l'atteindre. Deuxièmement, la récompense peut avoir pour base une variation au cours du temps de l'indicateur mesuré, telle que l'évolution du taux de dépistage du cancer du sein dans le temps pour le fournisseur de soins considéré. Dans ce cas, c'est l'ampleur de l'amélioration qui est récompensée. Troisièmement, il existe des exemples où la récompense a pour base des performances relatives ou un classement. Un cabinet médical est récompensé, par exemple, s'il se classe dans le dixième supérieur. Cette base de paiement présente un certain intérêt parce qu'elle neutralise les aléas qui touchent l'ensemble des fournisseurs de soins. Quelles que soient les conditions de la récompense, il importe de tenir compte des différences des profils de cas afin que les fournisseurs de soins soient moins tentés d'éviter les patients à hauts besoins et afin de mieux neutraliser les résultats qui échappent à l'action du fournisseur de soins, réduisant ainsi la prime de risque requise.

Le troisième encadré dans le graphique 4.1 est la récompense, qui peut être pécuniaire ou non pécuniaire, ou une combinaison des deux. Les récompenses sont souvent une prime ou paiement forfaitaire ou elles peuvent consister en une augmentation du taux de rémunération. Une récompense non pécuniaire peut consister à publier un classement des fournisseurs de soins relativement à différentes mesures. Les classements publics ne sont pas directement une récompense pécuniaire mais ils peuvent le devenir si les patients ou les assureurs les utilisent pour choisir les fournisseurs de soins qu'ils vont consulter ou avec lesquels ils vont passer contrat.

Le graphique 4.2 montre les deux principaux modèles en ce qui concerne la distribution des paiements. Dans le premier, le payeur paie directement le groupe ou établissement médical (par exemple, un hôpital) et ces entités décident de la répartition du paiement aux différents professionnels de santé. Le second modèle consiste à payer les professionnels individuellement. La plupart des programmes de PàP versent les récompenses au groupe ou à l'établissement médical parce que ceux-ci sont le plus en mesure de répartir au mieux le paiement parmi les professionnels de santé, du fait qu'ils possèdent plus d'informations que le payeur. Dans certains cas, quand un groupe ou établissement médical est payé par de multiples payeurs (payeur public, assureur privé, patients), les incitations peuvent être discordantes parce que les récompenses ont pour base des mesures différentes.

Dans l'un ou l'autre modèle de paiement, la récompense directe à chaque professionnel de santé est assez difficile à structurer, à cause des différences des profils de cas, du niveau élevé des coûts de suivi et du manque de fiabilité quand la personne considérée traite un petit nombre de patients pour une mesure donnée. Par exemple, un fournisseur de soins particulier peut avoir une proportion supérieure à la moyenne de patients souffrant d'affections complexes ou qui ont besoin d'un traitement intensif. Les corrections sont souvent difficiles à faire en raison du manque de données et du coût de la collecte des données. Quand on ne peut pas suivre ou mesurer les efforts de chaque professionnel individuellement, certains peuvent avoir tendance à réduire ces efforts parce que leur récompense individuelle dépend en grande partie du travail des autres – le problème de l'esquive du travail. C'est particulièrement le cas quand la récompense est répartie de manière égale entre les travailleurs.

Graphique 4.2. Modèles de distribution des paiements en PàP et mise en œuvre



Source : D'après Scheffler (2008).

Une autre préoccupation concernant les dispositifs de PàP est l'équité. Souvent, les meilleurs cabinets, avec les meilleurs médecins, sont situés dans des zones relativement riches habitées par des populations relativement aisées et éduquées. Ce sont des catégories de personnes qui vaccinent leurs enfants, ne fument pas, n'ont pas de surcharge pondérale et suivent les prescriptions du médecin. Dans les zones pauvres, les patients sont moins éduqués et souvent ne vont pas au cabinet médical bien qu'ils aient de plus grands besoins en matière de santé. Une des préoccupations concernant le paiement à la performance est qu'il peut récompenser des cabinets qui vont déjà bien et accroître les inégalités dans le système de santé. Il importe de porter attention à l'équité dans tout dispositif de PàP et de veiller, dans sa conception, à éviter les conséquences perverses à cet égard tout en promouvant l'efficacité.

8. Programmes de PàP dans les pays de l'OCDE

Les programmes de PàP sont courants dans de nombreux pays de l'OCDE et le tableau 4.2 montre leurs particularités, d'après l'Enquête de l'OCDE de 2008-09 sur les caractéristiques des systèmes de santé. L'existence de programmes de paiement à la performance est signalée dans 19 pays de l'OCDE, avec des mesures visant les catégories suivantes : médecins de soins primaires (15), spécialistes (10) et hôpitaux (7). Pour les médecins de soins primaires et les spécialistes, la plupart des primes sont attribuées sur la base d'objectifs de qualité des soins concernant par exemple les soins préventifs et la gestion des maladies chroniques. Pour les hôpitaux, la plupart des primes concernent les processus, mais certaines concernent aussi les résultats et la satisfaction des patients.

Comme on pouvait s'y attendre, il existe d'importantes différences entre les pays. Des pays comme la Belgique, le Japon, la Turquie, le Royaume-Uni et les États-Unis indiquent l'existence du PàP dans chacun des trois secteurs (soins primaires, spécialistes et hôpitaux). À l'opposé, l'Autriche, le Danemark, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Islande, la Norvège et la Suisse ne signalent aucun programme de PàP, ce qui peut être dû à des omissions dans les réponses.

Tableau 4.2. Programmes de PàP et éléments mesurés dans les pays de l'OCDE

	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :			Primes pour les spécialistes	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :		Primes pour les hôpitaux	Si oui, les objectifs à atteindre concernent :			Incitations pécuniaires à la conformité aux recommandations
	Soins préventifs	Maladies chroniques			Soins préventifs	Maladies chroniques		Résultats cliniques	Processus	Satisfaction des patients	
Allemagne											
Australie	X	X	X								X
Autriche											
Belgique	X		X	X	X		X				
Canada											
Corée							X	X	X		X
Danemark											X
Espagne	X	X	X	X							
États-Unis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finlande											
France	X	X	X								X
Grèce											
Hongrie	X										
Irlande											
Islande											
Italie	X	X	X								
Japon	X	X	X	X	X	X	X	X			
Luxembourg							X				
Mexique											
Norvège											
Nouvelle-Zélande	X	X	X								
Pays-Bas											
Pologne	X	X	X	X	X	X					
Portugal	X	X	X								
Rép. slovaque				X			X	X	X	X	
Rép. tchèque	X	X		X							
Royaume-Uni	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Suède	n.d.			n.d.			n.d.				
Suisse											
Turquie	X	X		X	X		X		X		

PàP : paiement à la performance.

n.d. : information non disponible.

Source : Paris *et al.* (2010) ; mis à jour par des informations de juillet 2010, et estimations des auteurs pour les États-Unis.

La proportion des médecins ou des hôpitaux qui participent aux programmes de PàP n'est indiquée que pour quelques pays. Pour chaque secteur, la proportion est la suivante : soins primaires : 90 % en Belgique, 80 % en Pologne, 99 % au Royaume-Uni ; soins de spécialistes : 5 % en Pologne, 68 % au Royaume-Uni ; hôpitaux : 9 % au Luxembourg. La part des primes de PàP dans les revenus des médecins et des hôpitaux n'est indiquée que pour quelques pays, et elle est généralement inférieure ou égale à 5 %, à l'exception du Royaume-Uni. Pour chaque secteur, la part des primes est la suivante : soins primaires : 2 % en Belgique, 5 % en Pologne, 15 % au Royaume-Uni ; soins de spécialistes : 5 % en Pologne ; hôpitaux : 0.5 % en Belgique, 1.4 % au Luxembourg. C'est un commencement, mais il est clair que des données supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les caractéristiques de ces programmes de PàP.

États-Unis : Le programme de paiement à la performance de la Californie

Parmi les plus importants programmes de PàP figure le California Pay for Performance Programme, qui a débuté en 2003 (Robinson *et al.*, 2009 ; Rebhun et Williams, 2009). En 2009, il couvrait huit plans d'assurance maladie commerciaux de HMO (organisations possédant un réseau de soins), servant 11.5 millions de personnes inscrites, et environ 230 groupes de médecins réunissant 35 000 médecins. De 2003 à 2007, ces plans ont payé 264 millions USD de primes, représentant seulement 2 % des revenus des groupes de médecins. L'objectif était d'atteindre une proportion de 10 %, mais les plans n'ont pas souhaité accroître ce pourcentage avant d'obtenir des preuves plus solides de l'amélioration de la qualité. Ce programme a débuté avec 13 mesures dans trois domaines et il s'est étendu à 68 mesures dans cinq domaines, à savoir (avec les pondérations associées) : qualité clinique (40 %), vécu des patients (20 %), systèmes informatisés (20 %), soins coordonnés du diabète (20 %) et utilisation des ressources et efficacité (avec un ensemble d'incitations séparé).

Les performances cliniques se sont améliorées en moyenne de 3 points de pourcentage par an, avec la plus forte amélioration pour les groupes qui partaient du niveau le plus bas, en particulier pour les tests de HbA1c appliqués aux diabétiques – qui constituent une bonne mesure de la gestion du diabète. La plus forte variation concerne les groupes qui ont entrepris des activités d'informatisation particulières, avec une augmentation moyenne de 7 points de pourcentage par an. Les incitations non pécuniaires comprennent la publication des classements, par exemple pour les groupes qui se classent dans les deux dixièmes supérieurs et ceux qui se sont le plus fortement améliorés. Cela équivaut à des incitations pécuniaires indirectes, parce que les groupes de médecins utilisent cette reconnaissance publique dans leurs documents de publicité et de marketing. En résumé, les groupes de fournisseurs de soins restent enclins à participer, mais les plans d'assurance maladie sont moins motivés du fait que les améliorations de la qualité ne sont pas de grande ampleur, probablement en partie parce que les primes de PàP ne constituent que 2 % des revenus, ce qui n'est peut-être pas suffisant pour encourager les fournisseurs de soins.

États-Unis : Medicare

Les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) participent à de nombreux projets de démonstration de PàP. Toutefois, par comparaison avec leur budget d'environ 420 milliards USD consacré à Medicare pour l'exercice 2009, les paiements du programme de PàP, d'environ 40 millions USD, représentent un très faible montant (Tanenbaum, 2009). On considère ici deux de ces programmes.

Afin d'augmenter la collecte et la communication de mesures de la qualité, la Physicians Quality Reporting Initiative de Medicare, qui a débuté en 2007, paie aux médecins un supplément de 2 % de leurs honoraires autorisés pour qu'ils communiquent aux CMS des mesures de la qualité (CMS, 2009). En 2007, le taux de participation des médecins était de 16 % (Porter, 2008).

La Physician Group Practice Demonstration, qui a débuté en 2005, portait sur dix groupes de médecins avec également des échantillons témoins (Trisolini *et al.*, 2008). Cette démonstration comprenait des mesures de la qualité ainsi que de l'efficacité. Les 32 mesures de la qualité étaient tirées du projet Doctor's Office Quality (DOQ) des CMS, pour cinq modules d'affections : maladies coronariennes, diabète, insuffisance cardiaque, hypertension et soins préventifs. Une des mesures pour le diabète, par exemple, est le pourcentage de diabétiques qui bénéficient d'un test de HbA1c (glycémie) au moins une fois par an. Pour chaque mesure de la qualité, le groupe de médecins doit atteindre au moins une des trois cibles suivantes : 1) la valeur la plus élevée entre, d'une part, une conformité de 75 % et, d'autre part, quand on possède des données comparables, la moyenne de la mesure tirée du Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) de Medicare ; 2) le niveau du 70^e centile du HEDIS (là encore, quand on possède des données comparables) ; ou 3) une réduction, pour l'année 1, d'au moins 10 % de l'écart entre le niveau du groupe de médecins dans l'année de base de la démonstration et une conformité de 100 %. Les deux premières cibles sont des seuils, alors que la troisième est un objectif d'amélioration au cours du temps. Les résultats initiaux paraissent assez prometteurs. Tous les groupes ont atteint les cibles de performance pour au moins sept des dix mesures de la qualité dans le domaine du diabète.

Un groupe de médecins peut aussi recevoir un paiement sur la base de l'efficacité ou des économies de coûts. Pour chaque groupe de médecins, les montants économisés pour Medicare dans le cadre de la Démonstration sont calculés en comparant les dépenses réelles à une cible : les dépenses par tête dans le groupe de médecins considéré durant l'année de base extrapolées au moyen du taux de croissance des dépenses de la population témoin. Des corrections en fonction des profils de cas sont effectuées pour tenir compte des différences dans les types de patients traités entre le groupe de médecins et la population témoin. Le groupe de médecins a droit à recevoir 80 % du montant des économies réalisées au-dessus d'un seuil de 2 % d'économies. Deux des dix groupes de médecins avaient un taux de croissance des dépenses Medicare inférieur d'au moins 2 % à celui de la population témoin.

Royaume-Uni : Quality and Outcomes Framework (QOF)

Le QOF est le plus grand dispositif de PàP dans le monde. Lancé en 2004, c'est un programme de paiements incitatifs à adhésion volontaire à l'intention des généralistes ; leur participation à ce programme est presque universelle, couvrant 99.8 % des patients enregistrés en Angleterre. Le QOF a pour objectif de rémunérer les cabinets de généralistes pour la qualité de leurs soins aux patients et pas seulement en fonction du nombre de patients qu'ils ont sur leur liste.

Le QOF comprend quatre principaux domaines : clinique, organisationnel, vécu des patients et services additionnels. Chaque domaine contient des indicateurs qui définissent le processus ou le résultat particulier que les cabinets médicaux qui participent au QOF doivent réaliser pour leurs patients. Par exemple, un des indicateurs cliniques dans la catégorie des maladies coronariennes est le suivant : *pourcentage des patients souffrant d'une maladie coronarienne qui sont actuellement traités par bêtabloquant (sauf*

enregistrement d'une contre-indication ou d'effets secondaires). Les indicateurs cliniques ont pour base les meilleures preuves scientifiques de l'efficacité des actions de soins primaires considérées. Il y a actuellement 146 indicateurs permettant d'accumuler jusqu'à 1 000 points, couvrant la qualité clinique, la qualité organisationnelle et le vécu des patients.

Ces points sont convertis en incitations pécuniaires au moyen d'un facteur de conversion. En 2004, le maximum était de 1 050 points valant chacun 76 GBP (133 USD). Actuellement, le maximum est de 1 000 points valant chacun 126.77 GBP. Pour illustrer le fonctionnement du QOF, considérons l'exemple de l'indicateur de la qualité pour l'asthme, qui a pour base le pourcentage des patients souffrant d'asthme qui ont bénéficié d'un bilan asthmatique au cours des 15 derniers mois. Aucun point n'est attribué avant que ce taux de bilan n'atteigne 25 % et le nombre de points maximum (20) est attribué quand le taux atteint 70 %. Pour les taux compris entre 25 % et 70 %, le nombre de points attribués augmente de manière linéaire. En 2004-05, le généraliste médian se voyait attribuer 1 003 points sur un maximum de 1 050 points, soit 95.5 %.

Le nombre de points acquis par les cabinets de généralistes s'est avéré beaucoup plus grand que prévu. Quand le QOF a été négocié, on supposait que la moyenne serait d'environ 75 % mais elle a dépassé finalement 90 %. Le QOF a augmenté de 23 000 GBP (40 200 USD) le revenu brut moyen des généralistes ; avant le QOF, les généralistes gagnaient typiquement entre 70 000 et 75 000 GBP (122 000-131 000 USD) (Doran *et al.*, 2006). En raison de l'ampleur des paiements, les seuils minimums pour 2006-07 ont tous été relevés, ainsi que certains seuils maximums.

Il est difficile de déterminer si la qualité des soins de santé s'est améliorée en conséquence du QOF, du fait de l'absence de groupes témoins. En fait, la participation ayant été presque totale, il n'y avait pas d'expérience naturelle possible. Cependant, Campbell *et al.* (2009) ont analysé des données avant et après le lancement du QOF ; il en ressort que l'amélioration de la qualité des soins s'est accélérée initialement pour l'asthme et le diabète, mais non pour les maladies cardiaques et qu'en 2007, elle avait ralenti pour toutes ces affections. Il existe aussi quelques preuves selon lesquelles le programme aurait amélioré l'équité des résultats. Cependant, il importe aussi de noter que, d'après ces auteurs, la qualité des aspects des soins qui n'étaient pas associés à une incitation a diminué dans le cas de l'asthme ou des maladies cardiaques.

Une des critiques adressées au QOF concernait le processus employé pour déterminer les maladies et les actions qu'il convenait d'y inclure. On pensait que ce devait être une tâche technique, et non politique, et la responsabilité en fut transférée au National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), qui commença à superviser un nouveau processus indépendant et transparent pour établir et réviser les indicateurs de santé et d'amélioration clinique du QOF à partir du 1^{er} avril 2009. La priorité relative de l'inclusion de ces éléments dans le QOF doit désormais être examinée par un comité consultatif indépendant (Primary Care Quality and Outcomes Framework Indicator Advisory Committee). Chaque indicateur recommandé s'accompagnera d'un ensemble d'informations auxiliaires concernant, par exemple, le moment auquel les indicateurs nouveaux ou révisés devront être réexaminés et les preuves d'efficacité éclairant leur intérêt financier.

Nouvelle-Zélande : Performance Management Programme

La Nouvelle-Zélande a lancé son programme Performance Management Programme (PMP) en 2006 dans le cadre de ses Primary Health Organizations (PHO), organisations sans but lucratif fournissant des services de soins de santé primaires (Buetow, 2008). En janvier 2007, 81 PHO, représentant plus de 98 % de la population de Nouvelle-Zélande, ont adhéré au programme PMP. Le financement de mise en place versé par le PMP était de 20 000 NZD par PHO plus 60 cents par personne inscrite. Un versement minimum de 1.00 à 1.50 NZD par personne inscrite était garanti pour les PHO adhérant au programme PMP avant décembre 2007. Un paiement maximum de 6 NZD par personne inscrite pouvait être obtenu si toutes les cibles étaient atteintes, relativement à des indicateurs cliniques (60 %), des indicateurs de processus (10 %) et des indicateurs financiers (30 %). Les indicateurs cliniques comprennent, par exemple, les vaccinations des enfants et des personnes âgées, les frottis cervicaux et le dépistage du cancer du sein. Les indicateurs de processus concernent, par exemple, la garantie de l'accès pour les personnes à hauts besoins. Enfin, les indicateurs financiers comprennent, par exemple, les dépenses en médicaments et examens de laboratoire. Les paiements sont versés aux PHO, qui décident alors de leur distribution aux professionnels de santé. D'après une enquête auprès de 29 PHO, ceux-ci font état d'une amélioration de la coordination des soins cliniques et de la gestion des données grâce au PMP.

Australie

Le gouvernement australien apporte des incitations pécuniaires aussi bien aux vaccinateurs qu'aux parents afin d'encourager la vaccination des enfants. Le dispositif GPII (General Practice Immunisation Incentive), mis en place en 1997, verse des primes aux généralistes pour leurs services de vaccination des enfants. Ce dispositif de paiement à la performance pour la vaccination fait partie d'un programme d'incitations plus large, le Practice Incentives Program (PIP) de Medicare, qui utilise des incitations pécuniaires pour atteindre des buts plus généraux du système de santé. Pour qu'un cabinet de médecine générale soit admissible à recevoir des paiements incitatifs, il doit être agréé, ou en voie de l'être, conformément aux Standards for General Practice du Royal Australian College of General Practitioners. Le programme comprend actuellement 13 composantes générales : visites en dehors des heures normales ; soins pour les maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète ; santé des populations indigènes ; violence domestique ; santé en ligne, etc.

L'objectif fixé au GPII était d'amener au moins 90 % des cabinets de médecine générale à vacciner complètement au moins 90 % des enfants de moins de 7 ans. En plus des incitations destinées aux généralistes, il y a aussi des incitations complémentaires pour les parents : la Maternity Immunisation Allowance, prestation versée aux parents pour que la couverture vaccinale de leur enfant soit à jour en fonction de son âge et une allocation pour enfant à charge (Child Care Benefit) pour laquelle les familles doivent apporter la même preuve. Cette approche permet de rappeler aux parents l'importance de vacciner leurs enfants à chacun des stades fixés. Depuis la mise en place de ce programme (le PIP), le taux de vaccination moyen réalisé par les cabinets de médecine générale est passé d'environ 76 % à environ 92 %. Le Communicable Diseases Intelligence Journal (CDI) continue de publier régulièrement les données du registre national de vaccination des enfants (Australian Childhood Immunisation Register) sur les taux de vaccination.

Brésil

Au Brésil, il existe différents dispositifs PàP visant aussi bien l'offre que la demande. Le Brésil, comme beaucoup d'autres pays d'Amérique latine, a précocement introduit le PàP du côté de la demande avec : Bolsa Escola (transferts en espèces pour la scolarisation), Cartao Alimentacao (transferts en espèces pour l'alimentation), Auxilio Gas (aide compensatoire pour le gaz de cuisine) et l'extension des transferts en espèces conditionnels pour les pauvres (Bolsa Familia) où certains résultats de santé figurent parmi les critères du transfert en espèces. Du côté de l'offre, une compagnie d'assurance privée, UNIMED-Belo Horizonte, met actuellement en place le dispositif le plus important et son succès a conduit à un nouveau dispositif pour les fournisseurs publics de soins primaires. Le dispositif d'UNIMED est en cours de mise en œuvre à Belo Horizonte, troisième ville du Brésil, avec un réseau de 258 fournisseurs de soins servant 800 000 personnes². L'objectif est d'améliorer le traitement et les résultats pour les patients souffrant de maladies cardio-vasculaires, les diabétiques et les enfants asthmatiques, ainsi que la prévention pédiatrique. Ces affections sont gérées dans le cadre de recommandations cliniques fondées sur les preuves scientifiques. Les résultats préliminaires indiquent une amélioration de l'état de santé chez les patients inscrits dans le dispositif de PàP souffrant de maladies cardio-vasculaires ou de diabète, avec un meilleur contrôle de la pression artérielle, une baisse du taux de cholestérol et une meilleure gestion de la glycémie. Le nombre d'hospitalisations d'enfants asthmatiques a également baissé.

Le dispositif de l'UBH offre un exemple d'apprentissage d'un pays à un autre. En 2007, le directeur d'UNIMED, a pris contact et commencé à travailler avec Kaiser Permanente en Californie, qui est à la pointe du développement de nouvelles méthodes pour mesurer et rémunérer la qualité. Ensemble, ils ont collaboré avec l'Integrated Health Care Association qui héberge de grandes conférences sur le PàP afin de diffuser l'expérience féconde acquise dans ce domaine en Californie, décrite ci-dessus. UNIMED a adapté le dispositif californien au contexte du Brésil, où il s'avère couronné de succès.

Même si le succès est visible, ces dispositifs, aussi bien en Californie qu'au Brésil, n'ont pas fait l'objet d'évaluations approfondies. Dans un cas comme dans l'autre, il n'y a pas de groupe témoin et on part de l'idée que l'on peut comparer l'avant et l'après pour saisir les effets du PàP. Les dispositifs actuels sont très prometteurs mais ils gagneraient à bénéficier d'une véritable évaluation qui permettrait d'isoler les effets du PàP des autres facteurs. En outre, beaucoup de ces dispositifs ne mesurent pas convenablement les coûts de mise en œuvre, si bien qu'on peut s'interroger sur l'efficience du PàP, c'est-à-dire s'il améliore suffisamment la qualité à l'égard des coûts additionnels.

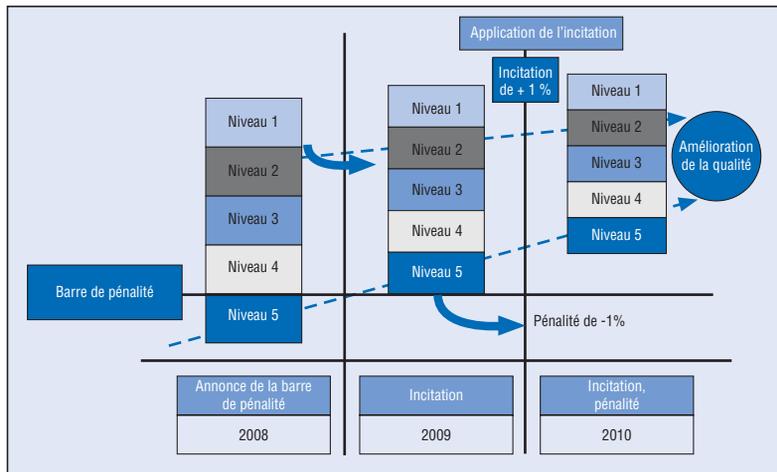
Corée

La Corée a une longue tradition de paiement à la performance dans un certain nombre de secteurs. D'après une enquête récente, 45,2 % des entreprises coréennes de plus de 100 salariés ont mis en place des modes de rémunération en fonction des performances individuelles (Park et Yu, 2002). Toutefois, le paiement à la performance dans les soins de santé est relativement récent et il constitue une réponse aux préoccupations croissantes sur l'efficience des dépenses de santé, qui ont augmenté. La Corée consacre encore relativement peu de dépenses à la santé (6,5 % du PIB en 2008) par comparaison avec les autres pays de l'OCDE, mais le taux de croissance moyen annuel des dépenses de santé par habitant en termes réels entre 1995 et 2008 a été le plus élevé de l'OCDE, atteignant 8 % en moyenne par an.

La Corée a connu d'importantes réformes de la santé depuis 2000 avec l'intégration de nombreuses caisses d'assurance maladie en un système à payeur unique. La Health Insurance Review Agency (HIRA), créée en 2000, est un organisme public indépendant chargé de réviser le barème des honoraires médicaux et de juger si les services de soins de santé sont délivrés de manière suffisante et à un coût adéquat. Cet organisme a établi un programme national d'évaluation de la qualité qui a entraîné une amélioration considérable de la qualité des soins, réduisant également les inégalités de qualité. L'association d'incitations pécuniaires à la qualité des soins est la mesure la plus récente de la Corée en vue d'améliorer la qualité.

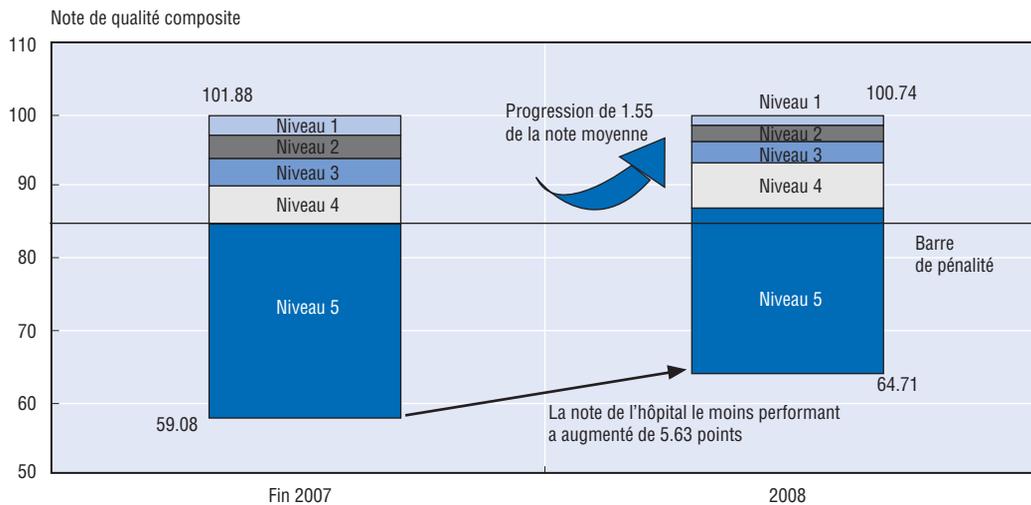
En 2007, le ministère de la Santé et de la Protection sociale et la HIRA ont lancé le Value Incentive Programme, dispositif de paiement à la performance couvrant 43 hôpitaux tertiaires qui délivrent des services de soins secondaires. Ce dispositif porte sur deux domaines importants : la qualité du traitement de l'infarctus aigu du myocarde et les accouchements par césarienne, dont le taux est très élevé. La HIRA a élaboré des mesures synthétiques de la qualité. Pour l'infarctus du myocarde, il y a sept indicateurs : indicateurs de processus (précocité de la thérapie de reperfusion, administration d'aspirine) et indicateurs de résultat (taux de mortalité). Concernant le taux d'accouchement par césarienne, il y a 16 facteurs de risque cliniques à respecter. Des primes ont été versées à ces fournisseurs de soins en fonction de l'amélioration de la qualité à partir d'une enquête de référence de 2007 sur ces indicateurs, où les hôpitaux ont été classés en cinq niveaux (voir le graphique 4.3). En 2009, ceux qui ont enregistré les meilleures performances ou qui ont amélioré leurs performances ont reçu des primes équivalant à 1 % des paiements de la National Health Insurance Corporation (375 millions USD) tandis que ceux qui enregistraient des performances inférieures à la barre de référence de 2007 étaient pénalisés d'un même montant de 1 % des paiements.

Graphique 4.3. Mécanismes du Value Incentive Programme en Corée



Source : Kim (2010).

Les résultats du Value Incentive Programme ont montré une augmentation moyenne de 1.55 % de la mesure composite relative à l'infarctus du myocarde entre 2007 et 2008, tandis que le taux d'accouchement par césarienne baissait de 0.56 %. On a aussi observé une diminution des inégalités de qualité entre les fournisseurs de soins et une nette amélioration du groupe le moins performant (voir le graphique 4.4).

Graphique 4.4. Mesure composite de la qualité pour l'infarctus aigu du myocarde

Source : Kim (2010).

Les progrès réalisés sont substantiels, mais d'autres étapes restent à franchir, comme inclure de nouveaux hôpitaux dans le dispositif (notamment les hôpitaux généraux), élargir les domaines cliniques couverts et porter à 2 % le taux d'incitation.

Encadré 4.1. Remédier à l'insuffisance de l'évaluation du PàP : le cas surprenant du Rwanda

Le Rwanda a peut-être le dispositif de paiement à la performance le mieux évalué du monde. Le Rwanda a commencé à expérimenter les dispositifs de PàP en 2002 pour remédier au contexte de mauvaises performances des fournisseurs de soins du secteur public qui étaient salariés et avaient peu de motivation à accroître leur production. Les fournisseurs de soins étaient payés en fonction des ressources employées plutôt que de leur production et les interventions de santé publique essentielles comme la vaccination, les soins anténatals et les accouchements dans les centres de santé avaient une faible couverture. Un certain nombre de projets pilotes ont été établis avec le soutien de différents donateurs (néerlandais, belges, Cordaid), utilisant un barème à l'acte pour rémunérer additionnellement ces interventions essentielles et également en passant des contrats avec des fournisseurs de soins privés. À partir de 2005, ces projets pilotes ont été convertis en un dispositif national avec le soutien de la Banque mondiale.

Le dispositif national comprend un ensemble de services prioritaires et un poids unitaire est attribué à chaque service de manière similaire à un barème à l'acte classique comme en Allemagne ou dans le système Medicare aux États-Unis. Il comprend aussi une mesure synthétique de la qualité des soins dans le centre de santé évaluée par des indicateurs de structure et de processus. Cela couvre des éléments comme la propreté des locaux et aussi la disponibilité de services comme la planification familiale et des mesures de processus comme la surveillance de la croissance des enfants. Le dispositif d'évaluation posait un certain nombre de problèmes, en premier lieu la question des ressources additionnelles et de la difficulté d'isoler l'effet produit par les incitations. Dans de nombreux dispositifs, il existe des ressources de financement additionnelles, si bien qu'on ne distingue pas clairement si l'amélioration est due à l'augmentation des ressources ou aux incitations. Dans le cas du Rwanda, on a profité du déploiement du dispositif national pour évaluer les participants qui appliquaient les premiers le dispositif de PàP par comparaison avec les groupes témoins qui ne l'avaient pas encore fait. Ceux qui appliquaient le dispositif les premiers étaient choisis par assignation randomisée.

Plusieurs autres réformes avaient lieu au même moment au Rwanda, notamment l'expansion rapide de l'assurance de type communautaire avec un système de mutuelles qui est passé de 5 % de la population en 2002 à 85 % en 2008. Du fait de la couverture par l'assurance, la demande a augmenté dans l'utilisation des centres de

santé parce que les patients n'avaient plus à payer les soins directement, ce qui a stimulé la demande de services de santé. En outre, le gouvernement a introduit des contrats de performance dans le cadre de son programme de décentralisation. Appelé « Imihigo », ce programme instituait des subventions globales versées par le gouvernement central aux districts, sous condition que les maires de district signent un contrat avec le Président de la République pour l'amélioration de services publics importants comme la santé. La décentralisation du financement a été spectaculaire, avec une part des districts dans le financement de la santé qui est passée de 37 % en 2003 à 85 % en 2007. Les dépenses de santé ont quadruplé de 2005 à 2008, passant de 7.5 millions USD à 30.3 millions USD.

Étant donné le changement rapide du contexte au Rwanda, il était difficile de démêler les effets du PàP des autres effets tels que l'augmentation des dépenses de santé, l'expansion des mutuelles et la décentralisation. C'est pourquoi l'évaluation des impacts comprenait des districts témoins sans PàP, mais soumis à tous les autres changements. Le PàP a augmenté le nombre d'accouchements dans les centres de santé, ainsi que les actions de prévention chez les enfants telles que la vaccination. Il a aussi entraîné une baisse de la mortalité infantile et une augmentation de la taille des enfants. L'ampleur du changement observé en présence de PàP est plus grande pour la plupart des interventions, ce qui montre que celui-ci est efficace. Eu égard à ce succès, beaucoup de pays à bas revenu s'inspirent de l'expérience du Rwanda et élaborent des variantes du dispositif dont ce pays a été le pionnier.

9. Conclusions

De nombreux programmes de PàP ont été mis en place dans les pays de l'OCDE, mais les plans d'étude destinés à les évaluer sont souvent insuffisants pour fournir une réponse concernant l'effet de ces programmes sur la qualité et les coûts (Rosenthal et Frank, 2006).

Il existe néanmoins un exemple de programme de PàP convenablement évalué, bien qu'il ait une source surprenante : le programme de PàP du Rwanda (voir l'encadré 4.1). L'enseignement à tirer de ce programme n'est pas le type d'incitations utilisé, mais l'approche adéquate de l'évaluation qui permet d'isoler l'effet du PàP de celui des autres réformes. En fait, avec la reproduction de l'expérience du Rwanda dans d'autres pays, il est probable qu'on aura bientôt de bien meilleures preuves dans les pays en développement que dans les pays de l'OCDE sur « ce qui marche » dans le PàP.

Toutefois, même avec une évaluation limitée dans les pays de l'OCDE, les résultats initiaux des programmes de PàP paraissent prometteurs et ils encouragent les payeurs et les fournisseurs de soins à mesurer la qualité des soins de santé (Rebhun et Williams, 2009). Il semble qu'il y ait de plus en plus de preuves que l'emploi d'incitations est efficace pour les interventions de santé publique prioritaires telles que le dépistage du cancer et que le PàP permet d'amener les médecins à suivre les recommandations fondées sur les preuves scientifiques pour les affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Cependant, il subsiste des problèmes ardues de mesure et de conception. Les mesures de la qualité des soins continueront de s'améliorer, mais ce domaine restera complexe étant donné que la qualité est multidimensionnelle, qu'elle comprend l'efficacité clinique mais aussi le vécu des patients et que les résultats sont difficiles à mesurer en particulier au niveau individuel et souvent ne se manifestent qu'après un long délai. Eu égard à ces contraintes, le paiement pour la qualité continuera d'exiger une amélioration des méthodes employées pour mesurer la qualité des soins. En outre, l'impact des dispositifs de PàP est souvent limité parce que, en dehors de quelques exceptions notables comme le QOF au Royaume-Uni, l'ampleur des incitations est faible.

Les dispositifs de PàP ne sont pas la seule façon d'apporter des améliorations à l'efficacité technique et à l'efficacité allocative dans le secteur de la santé. Dans certains domaines, l'action sur la demande de services peut être une autre option que les incitations du côté de l'offre. Les programmes d'incitations visant les patients deviennent

plus courants, issus des programmes de transferts en espèces conditionnels établis dans l'éducation tels que ceux visant à encourager la fréquentation scolaire.

Il y a encore beaucoup à apprendre sur le fonctionnement de ces programmes et les conditions de leur réussite. Quelle est l'ampleur idéale de l'incitation pour changer le comportement des fournisseurs de soins ? Comment faut-il répartir les paiements ? Si les pays de l'OCDE qui mettent en œuvre actuellement des dispositifs de PàP parviennent à organiser des évaluations adéquates, les autres pays pourront alors savoir ce qui fonctionne et tous pourront connaître de réelles améliorations de la qualité et de l'efficacité des soins de santé dans l'avenir.

Notes

1. Le paiement à la performance est un sous-ensemble d'un ensemble plus large d'interventions des pouvoirs publics souvent connu sous le nom de « financement conditionné aux résultats » qui peut aussi comprendre des incitations du côté de la demande comme les programmes de transferts en espèces conditionnels tels qu'Oportunidades au Mexique. En outre, les systèmes de santé décentralisés utilisent de plus en plus des dispositifs d'incitations entre différents niveaux des pouvoirs publics (par exemple, du gouvernement fédéral aux gouvernements des États) comme le Plan Nacer en Argentine. Ces autres méthodes ne sont pas incluses dans le présent chapitre, qui considère les incitations des fournisseurs de soins à l'amélioration de la qualité, mais ces autres dispositifs, qui sont inclus dans la définition générale du « financement axé sur les résultats » représentent aussi des voies prometteuses pour améliorer les performances des systèmes de santé.
2. UNIMED-Belo Horizonte (UBH) est à la fois une compagnie d'assurance maladie et une coopérative médicale opérant sur le marché très concurrentiel de l'assurance maladie privée. UNIMED couvre 800 000 personnes sur une population totale de 5.4 millions d'habitants dans la conurbation. Actuellement, 4 700 médecins font partie de la coopérative et UBH possède et exploite sept établissements. UNIMED a des contrats avec 258 autres établissements.

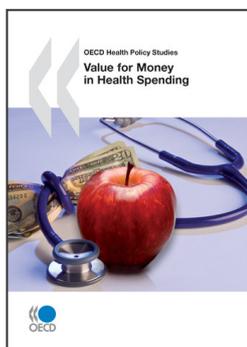
Bibliographie

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), « Evaluation of the Use of AHRQ and Other Quality Indicators », non daté, consulté le 17 février 2010 à www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm.
- Banque mondiale (2008), *Health Systems and Financing: Results-based Financing (RBF)*, consulté le 17 février 2010 à <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:21840544~menuPK:5364481~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>.
- Buetow, S. (2008), « P4P in New Zealand Primary Health Care », *Journal of Health Organization and Management*, vol. 22, n° 1, p. 36.
- Campbell, S.M., D. Reeves, E. Kontopantelis, B. Sibbald et M. Roland (2009), « Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England », *New England Journal of Medicine*, vol. 361, pp. 368-378.
- Casalino, L.P., G.C. Alexander, L. Jin et L.T. Konetzka (2007), « General Internists' Views on Pay-for-Performance and Public Reporting of Quality Scores: A National Survey », *Health Affairs*, vol. 26, n° 2, pp. 492-499.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2006), « State Medicaid Director Letter », n° 06-003, 6 avril.
- CMS (2009), « Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) », consulté en janvier 2010 à www.cms.hhs.gov/pqri/.
- Deming, W.E. (1986), « Out of the Crisis », MIT Press.
- Donabedian, A. (2005), « Evaluating the Quality of Medical Care », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, pp. 691-729, réimpression de *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, n° 3, pp. 166-203.
- Doran, T., C. Fullwood, H. Gravelle, D. Reeves, E. Kontopantelis, U. Hiroeh *et al.* (2006), « Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom », *New England Journal of Medicine*, vol. 355, n° 4, pp. 375-384.
- Eichler, R. et S. De (2008), *Paying for Performance in Health: Guide to Developing the Blueprint*, USAID/Health Systems 20/20 Project, mai 2008, consulté le 17 février 2010 à http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN760.pdf.
- Glassman, A., J. Todd et M. Gaarder (2007), *Performance-based Incentives for Health: Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean*, Center for Global Development, Washington, DC.
- Herd, R. *et al.* (2010), « Improving China's Health System », Document de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Institute of Medicine (2001), « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century », Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC.
- Juran, J.M. (1951), *Quality Control Handbook*, McGraw-Hill, New York.
- Kelly, T., V. Gray et M. Minges (2003), « Broadband Korea: Internet Case Study », Union internationale des télécommunications.

- Kim, B.Y. (2010), « Quality Assessment and Pay for Performance in Korea », HIRA, Korean Health Insurance Review Agency, mai.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C.
- OCDE (2009), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Oxman, A.D. et A. Fretheim (2008), *An Overview of Research on the Effects of Results-based Financing*, rapport n° 16-2008, Norwegian Knowledge Centre for the Health Service, Oslo, consulté le 17 février 2010 à http://hera.helsebiblioteket.no/hera/bitstream/10143/33892/1/NOKCrapport16_2008.pdf.
- Paris, V., M. Devaux et L. Wei (2010), « Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries », Document de travail sur la santé n° 50, Éditions de l'OCDE, Paris.
- Park, W. et G. Yu (2002), « HRM in Korea: Transformation and New Patterns », in Z. Rhee et E. Chang (dir. pub.), *Korean Business and Management: The Reality and the Vision*, Hollym Corp., Séoul.
- Paul-Ebhohimhen, V. et A. Avenell (2008), « Systematic Review of the Use of Financial Incentives in Treatments for Obesity and Overweight », *Obesity Reviews*, vol. 9, n° 4, pp. 355-367.
- Porter, S. (2008), « Preliminary Report Offers First Glimpse of Quality Reporting Progress », AAFP, disponible à www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/practice-management/20080305pqrireport.html
- RAND Corporation, RAND COMPARE Glossary, consulté le 17 février 2010 à www.randcompare.org/glossary/16/letterp.
- Rebhun, D. et T. Williams (2009), *The California Pay For Performance Programme: The Second Chapter Measurement Years 2006-2009*, Integrated Healthcare Association, Oakland, Californie.
- Robinson, J.C., T. Williams et T. Yanagihara (2009), « Measurement of and Reward for Efficiency in California's Pay-for-Performance Programme », *Health Affairs*, vol. 28, n° 5, pp. 1438-1447.
- Rosenthal, M.B. et R.A. Dudley (2007), « Pay for Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care? », *Journal of American Medical Association*, vol. 297, n° 7, pp. 740-744.
- Rosenthal, M.B. et R.G. Frank (2006), « What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? », *Med Care Res Rev*, vol. 63, pp. 135-157.
- Scheffler, R.M. (2008), *Is There a Doctor in the House? Market Signals and Tomorrow's Supply of Doctors*, Stanford University Press, Palo Alto, Californie.
- Tanenbaum, S. (2009), « Pay for Performance in Medicare: Evidentiary Irony and the Politics of Value », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 34, n° 5, pp. 717-746.

Trisolini, M. *et al.* (2008), *The Medicare Physician Group Demonstration: Lessons Learned on Improving Quality and Efficiency in Health Care*, Commonwealth Fund, New York, février.

Wagstaff, A. *et al.* (2009), *Reforming China's Rural Health System*, Banque mondiale, Washington, DC.



Extrait de :
Value for Money in Health Spending

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Améliorer l'efficacité des dépenses de santé en rémunérant la performance », dans *Value for Money in Health Spending*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264088832-7-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.