

Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ?

Un premier bilan

David Bernstein

Caisse nationale de l'assurance maladie
david.bernstein@cnamts.fr

Le Quality and Outcomes Framework des médecins généralistes anglais constitue la première expérience de paiement à la performance à grande échelle en Europe. Quelques années après sa mise en place, ses objectifs ont-ils été atteints ?

Tout comme leurs homologues français, les médecins généralistes d'outre-Manche ont historiquement un statut de profession libérale et sont liés au *National Health Service* (NHS) par le biais d'accords négociés. Ainsi le principal contrat avec les généralistes, le *General Medical Services Contract* (GMS), entré en vigueur au printemps 2004, est-il le fruit de négociations ayant duré dix-huit mois entre la « section généralistes » du grand syndicat national, *British Medical Association* (BMA), et le NHS.

Le nouveau contrat comporte un certain nombre d'innovations majeures : contractualisation au niveau du cabinet au lieu du médecin individuel, possibilité pour les praticiens de fournir des services additionnels en plus des services essentiels, délégation de budgets par le financeur local du NHS (*Primary Care Trust*) à des cabinets de médecine générale organisés en réseaux pour faire émerger, en milieu ambulatoire, des services délivrés actuellement en milieu hospitalier¹...

Parmi ces innovations, le *Quality and Outcomes Framework* (QOF) a particulièrement attiré l'attention, un système d'une telle ampleur n'ayant jamais été auparavant mis en place en Europe.

1. Pour une description plus complète du nouveau contrat entre le NHS et les généralistes, et du contenu des réformes récentes dans les soins primaires en Angleterre : Bernstein D. (2008), « Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre », *Point de repères* n° 17, Cnamts.

Le QOF, un système de 135 indicateurs cliniques et organisationnels

Il s'agit d'un mode de rémunération des médecins généralistes qui s'ajoute à la rémunération à la capitation traditionnelle et aux quelques paiements à l'acte existants. Les travaux empiriques montrent que les modes de rémunération ont tendance à produire les incitations attendues, et notamment que des paiements forfaitaires comportent une incitation à prodiguer peu de soins ; dès lors, les compléter avec d'autres modes de paiement, à l'acte ou aux résultats, lorsque l'on veut inciter à la production de certains soins ou à l'atteinte d'objectifs, est apparu comme une solution équilibrée dans plusieurs systèmes de santé².

Le *Quality and Outcomes Framework* est un dispositif d'incitations financières, reposant sur 135 indicateurs répartis sur quatre grands thèmes (qualité des soins, organisation du cabinet, attention portée au patient, services additionnels), instauré pour encourager les généralistes à assurer un suivi de leur patientèle qui corresponde aux recommandations nationales de bonne pratique, en particulier celles définies dans les *National Services Frameworks*³.

2. Grignon M., Paris V., Polton D., Couffinal A., Pierrard B. *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins*. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. 35, 1-31. 2002. Ottawa.

3. Recommandations de bonne prise en charge, établissant un socle de qualité minimale dans les domaines de la santé mentale, des cancers, des maladies coronariennes... <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NationalServiceFrameworks/index.htm>

Objectifs du dispositif : améliorer la qualité de prise en charge, réduire la variabilité des pratiques et informer les patients

Comme les systèmes analogues de paiement aux résultats des médecins, notamment aux États-Unis, le *Quality and Outcomes Framework* a pour but de réduire la variabilité des pratiques médicales autour d'objectifs précis. En effet, rappelons que les premiers programmes de *pay for performance* américains ont été instaurés suite au constat que, dans plusieurs domaines, les critères de qualité n'étaient pas remplis par tous les praticiens⁴, un constat également fait en Angleterre⁵.

Réduire la variabilité des pratiques répond également à un objectif d'équité entre patients de régions ou de milieux socio-économiques divers : il s'agit de garantir à tous les patients un niveau minimal de qualité.

Outre leur aspect incitatif, de tels dispositifs ont également pour but de fabriquer de nouvelles informations : à travers le *Quality and Outcomes Framework*, les autorités anglaises ont investi dans la constitution d'une vaste base de données exhaustives sur l'état clinique de leur population et sur leur suivi par les professionnels de santé.

Les indicateurs utilisés dans les programmes de rémunération à la performance sont souvent rendus publics, afin d'informer les usagers sur la qualité des soins des cabinets qu'ils choisissent. Ainsi, en Angleterre, les résultats pour chaque cabinet sont librement disponibles en ligne⁶.

Quatre années après son instauration, la qualité des soins s'est améliorée dans les domaines concernés

Les indicateurs du *Quality and Outcomes Framework* ont été aisément atteints par les généralistes. Lors des négociations avec les professionnels, le NHS avait estimé

que les généralistes atteindraient 75 % des points du *Quality and Outcomes Framework* la première année ; or, dès 2005, le taux de réussite était supérieur à 90 %. Rappelons que, la situation initiale des professionnels à l'égard des indicateurs étant mal connue avant l'introduction du dispositif, il n'était pas aisé pour les négociateurs de déterminer *a priori* les objectifs à atteindre.

De plus, comme expliqué plus haut, l'objectif du *Quality and Outcomes Framework* est de garantir à tous les patients un socle minimal de qualité, ce qui explique que certaines cibles soient assez basses. Par exemple, l'indicateur sur « le pourcentage de patients diabétiques dont le niveau HbA1C est inférieur ou égal à 10 dans les 15 derniers mois » apparaît peu ambitieux.

Pourtant, les taux de réussite n'ont cessé d'augmenter depuis l'introduction du *Quality and Outcomes Framework* : 91 % des 1050 points existants en 2005 ; 96,2 % en 2006.

En 2007, année de révision du dispositif, 95,5 % des 1000 points sont atteints, puis 96,8 % en 2008. Pendant cette période, le nombre de cabinets ayant atteint 100 % des points a également crû (de 2,6 % en 2005 à 7,5 % en 2008)⁷.

Cependant, il n'est pas possible d'attribuer l'augmentation des taux de réussite décrits *supra* à la seule introduction du *Quality and Outcomes Framework*. En effet, on observait déjà une amélioration de la qualité du suivi de certaines pathologies chroniques (maladies coronariennes, diabète, asthme) avant sa mise en place, vraisemblablement sous l'influence d'initiatives plus anciennes : protocoles de soins avec les *National Service Frameworks*, audits cliniques, profils comparatifs...

Pourtant, après l'introduction du paiement à la performance, l'amélioration s'est accélérée : le taux de croissance de la qualité de la prise en charge a augmenté significativement pour le diabète et l'asthme entre 2003 et 2005⁸.

De plus, depuis l'introduction du *Quality and Outcomes Framework*, on constate une augmentation de la prévalence, vraisem-

blablement liée à un enregistrement plus systématique des pathologies⁹.

Enfin, les médecins recueillent plus systématiquement les facteurs de risque dans les registres ; les facteurs de risque que les médecins sont financièrement incités à marquer dans les registres sont plus enregistrés que les autres (10 points de pourcentage de plus)¹⁰.

La rémunération à la performance anglaise a contribué à réduire les inégalités de santé entre les régions de niveaux socio-économiques différents

Lors de l'introduction du dispositif, les cabinets situés dans les zones géographiques les moins favorisées avaient des taux de réussite moindres¹¹. Mais, dès la première année, les différences se sont globalement estompées, bien qu'elles restent marquées dans certains domaines (suivi des épileptiques, enregistrement des événements significatifs...). La différence entre le score moyen dans les cabinets appartenant au quintile le plus défavorisé et celui des cabinets plus favorisés est passée de 64 à 30 « points *Quality and Outcomes Framework* » entre 2004 et 2006¹².

Une étude plus récente confirme que les inégalités régionales de qualité des soins se sont réduites dans les trois années suivant l'introduction du dispositif : la différence entre les taux de réussite des cabinets les plus précaires et des plus favorisés est passée de 4 % à 0,8 %, les cabinets des zones défavorisées ayant eu

9. Par exemple, le taux de prévalence de l'hypertension est passé de 11,3 % à 12,5 % entre 2004 et 2007, ce qui correspond à 740 000 cas supplémentaires.

10. Sutton M., Elder, R., Guthrie, B. and Watt, G. (2007), « What quality improvement did the Quality and Outcomes Framework produce ? » *Health Economics Study Group*, septembre 2007.

11. Wright J. et al., « Overall quality of outcomes framework scores lower in practices in deprived areas, » *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 56, no. 525 (avril 2006) : 277-9 McLean G., Sutton M., Guthrie B., « Deprivation and quality of primary care services : evidence for persistence of the inverse care law from the UK Quality and Outcomes Framework, » *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, no. 11 (novembre 2006) : 917-22, doi : 60/11/917.

12. Ashworth M. et al., « The relationship between social deprivation and the quality of primary care : a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework » *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 57, no. 539 (juin 2007) : 441-8.

4. Corrigan J. M., Kohn L. T., Donaldson M. S., Maguire S. K., Pike K. C. *Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century*. Washington, DC : National Academy Press ; 2001. « Entre la santé que nous avons et celle que nous devrions avoir, il n'existe pas seulement un fossé, mais un véritable gouffre ».

5. Par exemple : Hippisley-Cox J., Pringle M. « Prevalence, care, and outcomes for patients with diet-controlled diabetes in general practice : cross sectional survey ». *Lancet*, 364 (9432) : 423-8.

6. Sur ce site gouvernemental, <http://www.qof.ic.nhs.uk/search.asp>, taper « Smith » par exemple.

7. Rapports annuels du NHS sur le *Quality and Outcomes Framework* : <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework>

8. Campbell S., Reeves D., Kontopantelis E., Middleton E., Sibbald B., Roland, M. « Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance ». *New England Journal of Medicine*, 2007, 357 (2), 181-190.

une croissance des taux de réussite plus rapide que les autres¹³.

Le *Quality and Outcomes Framework* semble donc bien avoir amélioré la qualité du suivi des maladies chroniques en Angleterre et réduit les inégalités entre les régions.

Cependant, ne risque-t-on pas de voir les patients dont le suivi est inclus dans le dispositif recevoir plus d'attention des praticiens que les autres patients ?

Malgré les craintes exprimées par certains, les patients ayant des pathologies non comprises dans le dispositif n'ont pas été évincés par les domaines cliniques rémunérés

On a constaté récemment que les domaines non concernés par le *Quality and Outcomes Framework* sont moins bien traités, notamment les pathologies liées à l'âge (ostéoporose, incontinence urinaire...) et les polyopathologies¹⁴. Cela peut donner à penser que des effets d'éviction sont à l'œuvre (*crowding out*), c'est-à-dire le report de l'activité du praticien sur les domaines concernés par le mécanisme incitatif au détriment des pathologies non couvertes par le dispositif¹⁵.

Pourtant, il n'existe pas de preuves de l'existence d'effets d'éviction : bien que la qualité des soins des domaines non concernés par le *Quality and Outcomes Framework* soit moindre, elle ne s'est pas non plus détériorée suite à l'introduction du paiement à la performance¹⁶. Le fait que certaines catégories de patients soient moins bien suivies ne s'explique pas tant par le dispositif de paiement à la perfor-

13. Doran T. *et al.* « Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England : analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework », *The Lancet* 2008 ; Vol 372

14. Steel N., Bachmann M., Maisey S., *et al.* « Self reported receipt of care consistent with 32 quality indicators : national population survey of adults aged 50 or more in England ». *BMJ*. 2008 ; 337 (aug 13_2).

15. Rapid responses to Steel *et al.*, *BMJ*. Bayly J. R. « The implementation of guideline care for older people : outside Quality and Outcomes Framework, outside thinking? » Oliver D. « Performance incentives in primary care and priorities in public health don't encourage better care for conditions of ageing » D. O'Neill « Age-proofing needed for indicators of quality of care ».

16. Martin R. The Quality and Outcomes Framework : too early for a final verdict. *British Journal of General Practice*, Volume 57, Number 540, juillet 2007, p. 525-527 (3).

Les domaines couverts par le Quality and Outcomes Framework

Le barème du QOF mis en place pour les années 2006/2007 contient 135 indicateurs, correspondant à un total de 1 000 points. Aux côtés d'indicateurs de procédures et de résultats cliniques, on y trouve également des aspects organisationnels et des éléments concernant l'attention portée au patient et la satisfaction de celui-ci. Chaque point donne droit à une rémunération supplémentaire (un point moyen équivaut à 75 £ en 2004/2005 et 124,60 £ en 2006/2007).

Concrètement, les sommes sont versées au cabinet selon les niveaux atteints par l'ensemble des médecins pour l'ensemble des patients inscrits sur la liste de la structure. Ce sont donc les médecins généralistes actionnaires du cabinet qui reçoivent les bonus, leurs salariés paramédicaux ou médecins n'étant pas concernés directement par cette rémunération.

Des ajustements sont effectués dans la formule finale de rémunération pour prendre en compte les caractéristiques démographiques, notamment les prévalences de pathologies dans la patientèle du cabinet et le nombre de patients du cabinet. Pour ne pas pénaliser les praticiens qui feraient face à des situations exceptionnelles, ils ont la possibilité d'exclure eux-mêmes certains patients du calcul de leur rémunération à la performance (*exception reporting*, estimé à 6 % des patients listés en 2006).

La qualité des soins (80 indicateurs)

- Maladies coronariennes (10 indicateurs)
- Insuffisance cardiaque (3 indicateurs)
- Accidents vasculaires cérébraux (8 indicateurs)
- Hypertension (3 indicateurs)
- Diabète (16 indicateurs)
- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (5 indicateurs)
- Epilepsie (4 indicateurs)
- Hypothyroïdie (2 indicateurs)
- Cancer (2 indicateurs)
- Soins palliatifs (2 indicateurs)
- Santé mentale (6 indicateurs)
- Asthme (4 indicateurs)
- Démences (2 indicateurs)
- Dépression (2 indicateurs)
- Maladies rénales chroniques (4 indicateurs)
- Fibrillation auriculaire (3 indicateurs)
- Obésité (1 indicateur)
- Difficultés d'apprentissage (1 indicateur)
- Tabagisme (2 indicateurs)

L'organisation des cabinets (43 indicateurs)

- Tenue des registres et informations (12 indicateurs)
- Communication avec les patients (4 indicateurs)
- Éducation et formation (8 indicateurs)
- Gestion des médicaments (9 indicateurs)
- Gestion du cabinet (10 indicateurs)

L'attention au patient (4 indicateurs)

- La durée de la consultation (1 indicateur)
- Le recueil de l'avis des patients (3 indicateurs)

Les services additionnels (*additional services*) (8 indicateurs)

Ce domaine comporte 4 champs :

- Examens gynécologiques (4 indicateurs)
- Surveillance de la santé des enfants (1 indicateur)
- Soins périnataux (1 indicateur)
- Contraception (2 indicateurs).

mance en soi que par le manque général d'attention à leur égard : carences dans la formation médicale, absence de protocoles pour les polyopathologies...

De plus, une comparaison des résultats des indicateurs du *Quality and Outcomes Framework* (auxquels des incitations financières sont attachées) et d'indicateurs sans incitations financières dans le temps avait déjà montré que, si les niveaux de réussite sont en effet plus élevés pour les indicateurs monétisés, la vitesse d'amélioration ne diffère pas entre les indicateurs monétisés du *Quality and Outcomes Framework* et d'autres indicateurs de qualité. Le *Quality and Outcomes Framework* n'a donc pas détérioré la qualité dans les autres domaines cliniques, l'écart entre les indicateurs monétisés et les autres domaines cliniques demeurant stable dans le temps¹⁷.

Quelles ont été les conséquences du dispositif sur les modes d'organisation des cabinets de médecine générale, et sur la pratique quotidienne des professionnels de santé ?

Le QOF a modifié l'organisation des cabinets, des hiérarchies et des rôles nouveaux émergent¹⁸

Si l'élargissement des compétences des infirmiers n'est pas un phénomène nouveau, la délégation des compétences correspondant à une politique ancienne dans le NHS, le *Quality and Outcomes Framework* a accéléré le phénomène¹⁹. En effet, les infirmiers ont acquis une plus grande autonomie clinique, puisque les médecins leur confient désormais la gestion de certaines pathologies chroniques, selon une logique de délégation spécialisée des tâches au sein du cabinet.

Mais leurs responsabilités nouvelles n'ont pas été systématiquement accompagnées de contreparties financières, puisque ce sont leurs employeurs, les médecins généralistes partenaires, qui

reçoivent les bonus, ce qui provoque parfois leur ressentiment²⁰. Certains médecins expriment quant à eux une certaine crainte de « déqualification » face aux nouveaux rôles des infirmiers.

Des mécanismes internes de contrôle de la qualité se mettent en place au sein des cabinets : la rémunération à la performance concernant l'ensemble du cabinet, les partenaires doivent éviter que la mauvaise performance de l'un d'entre eux ne pénalise l'ensemble des partenaires (phénomènes de *free rider*). Les mécanismes de vérification varient selon les choix opérés par les cabinets : le suivi des objectifs est souvent confié au gestionnaire du cabinet dans les grands cabinets, certains cabinets nomment des référents par domaines cliniques (*clinical leads*), tandis que ce rôle est naturellement endossé par le partenaire le plus ancien dans les plus petits cabinets...

Certains praticiens affirment que la nature de la relation patient-médecin a changé suite à l'introduction du *Quality and Outcomes Framework*. L'existence de deux « agendas », celui du patient d'une part et celui du *Quality and Outcomes Framework* d'autre part, est parfois évoquée par les médecins pour souligner une tension entre l'écran d'ordinateur sur lequel figurent les algorithmes informatisés du *Quality and Outcomes Framework* et les besoins du patient devant eux. En revanche, les objectifs chiffrés ont conduit les équipes de soins primaires à adopter une démarche beaucoup plus proactive à l'égard des patients inscrits sur leurs listes (appels sortants, incitations à l'observance des traitements...).

Conclusion

Le *Quality and Outcomes Framework* des médecins généralistes anglais constitue la première expérience de paiement à la performance à grande échelle en Europe. Quelques années après sa mise en place, on peut dire que ses objectifs ont été remplis : la qualité, telle que mesurée par les indicateurs du dispositif, s'est améliorée d'année en année, et les inégalités régionales se sont estompées. Les médecins ont modifié leur pratique et adapté l'or-

ganisation de leurs cabinets autour de l'atteinte des objectifs assignés.

Cependant, certains craignaient que le dispositif ne provoque des effets pervers, en particulier que les praticiens ne sélectionnent les patients pour lesquels des incitations financières spécifiques sont attachés. Le dispositif de rémunération à la performance pourrait donc remettre en cause les motivations intrinsèques des praticiens, c'est-à-dire les motivations liées à l'éthique professionnelle, et évincer la prise en charge des pathologies non rémunérées explicitement. Il n'existe pourtant pas aujourd'hui de preuves que ces phénomènes soient à l'œuvre.

Quel est l'avenir du dispositif ? Le gouvernement anglais semble bien décidé à développer ce système de rémunération et à l'étendre à de nouveaux domaines de prise en charge.

Cependant, son coût actuel de 1 milliard de livres par an est considéré excessif et les projets en cours de discussion visent à mieux prendre en compte l'efficience médico-économique dans le choix des indicateurs. Dans le nouveau système, c'est le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), l'institution chargée outre-Manche de l'évaluation médico-économique des produits de santé et des pratiques, qui soumettrait au ministère de la Santé un « menu annuel » de nouveaux indicateurs « basés sur les preuves et coûts-efficaces »²¹. ■

17. Campbell S. et al. (2007) *op. cit.*

18. Campbell S.M., McDonald R., Lester H. « The experience of pay for performance in english Family practice : a Qualitative study ». *Ann Fam Med*. 2008 ; 6 (3) : 228-234. Grant S., Huby G., Watkins F., et coll. « The impact of pay-for-performance on professional boundaries in UK general practice : an ethnographic study ». *Social Health Illn*. 2008.

19. À tel point qu'un médecin généraliste anglais affirme : « Il est plus probable que les infirmiers puissent se passer de nous que l'inverse ». Campbell et al. (2008). *op. cit.*

20. McGregor W., Jabareen H., O'Donnell C.-A., Mercer S.-W., Watt G.-C. « Impact of the 2004 GMS contract on practice nurses : a qualitative study ». *Br J Gen Pract*. 2008 ; 58 (555) : 711-9.

21. Department of Health. *Developing the Quality and Outcomes Framework : Proposals for a new, independent process*. http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Liveconsultations/DH_089778