Johannes Brühwiler

Les incitations financières favorisent-elles la qualité?

Commentaires sur l'exposé de Domhnall MacAuley

Le «Quality and Outcomes Framework» a été lancé en tant que programme volontaire fonctionnant avec des groupes d'indicateurs basés sur l'évidence en vue d'améliorer le diagnostic et la prise en charge des maladies chroniques les plus fréquentes. Concernant ces indicateurs, l'obtention de bons résultats a été récompensée financièrement avec comme objectif d'améliorer la qualité des traitements et de réduire les inégalités en matière de soins.

Les dérogations sont nécessaires et importantes et la proportion des exceptions varie fortement entre les différents systèmes. Dans le système anglais, le taux oscillait entre 2,0% et 9,0%. Dans certains groupes particulièrement vulnérables comme les sans-abris ou les personnes itinérantes, cette approche n'était pas couronnée de succès. De même, les problèmes psycho-sociaux sont insuffisamment reflétés et le système fonctionne mal en cas de multimorbidité car il repose sur une structure verticale et unidimensionnelle.

Les systèmes d'incitation financière peuvent améliorer la qualité des systèmes de soins, mais ils peuvent également avoir des répercussions indésirables [1]. Les valeurs des indicateurs sans incitations financières ont ainsi chuté de manière significative. Globalement, l'intervention s'est retrouvée sur le terrain d'une amélioration continue en ce qui concerne les indicateurs mesurés, qui ont atteint des valeurs très élevées avant de se stabiliser par la suite.

Les systèmes d'incitation financière peuvent améliorer la qualité des systèmes de soins, mais ils peuvent également avoir des répercussions indésirables [1].

Une médecine de premier recours forte était associée à une meilleure santé de la population, à un taux plus faible d'hospitalisations inutiles et à moins d'inégalités socio-économiques. Les coûts sont toutefois plus importants.

Deux points ont certainement été relevés à juste titre: sans un bon système informatique, avec les évaluations appropriées et une capacité de planification adaptée, rien ne fonctionne. Et lorsque le médecin de famille gagne davantage, cela doit également être accepté.

L'approche est avant tout organisationnelle et mécanique, mais il reste encore à démontrer si cette approche serait en mesure de connaître un succès similaire dans notre système hautement individualiste et possédant un niveau d'exigences élevé. Une plus grande satisfaction des patients [2] et une amélioration de la situation des médecins de famille, voici ce à quoi est parvenue l'Angleterre. Sur ces points, l'intervention a été un succès.

Les situations de départ des systèmes de santé anglais et suisse sont extrêmement différentes: dans le système anglais, les inégalités en matière de soins étaient considérables; en Suisse, dans un certain nombre de domaines, c'est sur la base d'un excès de soins que nous partons. La situation de départ est similaire en ce qui concerne la pénurie en médecins de famille, avec une charge de travail trop importante pour les médecins en activité, et les problèmes de motivation que cela engendre, et une rémunération peu adaptée. Les conclusions qui doivent être tirées de l'intervention anglaise doivent tenir compte du contexte historique et organisationnel du système de santé correspondant [3].

Par rapport à d'autres pays dans le monde, la Suisse a obtenu de très bons résultats dans le cadre du sondage «Commonwealth Survey 2012» en ce qui concerne des maladies chroniques pertinentes telles que le diabète sucré de type 2 ou la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive). C'est au niveau de la collaboration pluridisciplinaire et multi-professionnelle que nous pêchons [2]. Notre système est particulièrement fragmenté et c'est à mon sens là que se situe le problème majeur auquel nous devrons nous atteler à l'avenir. La question de savoir si cela est possible sur la base d'un modèle de rémunération basé sur le rendement («pay-for-performance-model») reste ouverte.

«Payment for performance is still an imperfect approach to improving primary care, and should be considered as only one option alongside alternative quality improvement methods.» [3].

Références

1 Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005;10:294(6):716-24.
2 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians 2009 and 2012.
3 P Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. Ann Fam Med. 2012;10:461-468.

Correspondance:
Dr Johannes Brühwiler
Vorstandsmitglied Hausärzte Schweiz
Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Klosbachstrasse 123
8032 Zürich
johannes.bruehwiler[at]hin.ch