Publication de données sur la qualité et rétributions correspondantes: que pense la FMH?

Daniel B. Herren[a], *Iris Stucki*[b]

a Dr et MHA, membre du Comité central de la FMH, domaine Données, démographie & qualité (DDQ)

b lic. phil. I, collaboratrice scientifique DDQ, iris.stucki@fmh.ch

L'un des objectifs de la FMH est de rendre visible la qualité en tant qu'élément central de l'activité médicale. Résultat d'une amélioration systématique obtenue dans le cadre d'un «système auto-apprenant», une qualité élevée des soins devrait être rétribuée. Nous privilégions les systèmes d'incitation qui lient la transparence de la qualité à des modèles du type «*incentive for quality*», et dont les mesures incitatives ne sont pas uniquement financières. En effet, un lien entre rémunération financière et qualité peut s'avérer problématique et conduire à de fausses incitations et à des soins erronés. Quant aux patients, il faut leur fournir, sous une forme appropriée, des informations spécifiques sur les données disponibles en matière de qualité.

Transparence de la qualité et incitations financières

Fixer des indicateurs et des critères de qualité est un préalable indispensable à toute mesure de la qualité. Seule une définition précise de ces paramètres permet de construire un système apte à mesurer correctement et à comparer les prestations médicales. C'est à cette condition seulement que les données relatives à la qualité peuvent être rendues accessibles et transparentes et que des honoraires différents peuvent être associés à des prestations différentes. Vu la complexité des données reflétant la qualité des résultats, le risque est grand, dans le contexte de la concurrence en matière de qualité médicale, de donner la préférence aux paramètres relatifs à la structure et aux processus. Ceux-ci sont facilement applicables et vérifiables, mais leur utilité pour la qualité du traitement est discutable. De ce fait, lorsqu'on applique les modèles «pay for performance» (P4P), on risque d'émettre de fausses incitations propres à favoriser des soins médiocres ou erronés. En voici quelques exemples: attention focalisée sur ce qui est mesuré et, en parallèle, négligence de ce qui ne l'est pas; sélection de patients au détriment des plus faibles et risque de manipulation des données [1]. M. E. Porter estime même que la plupart des modèles P4P sont en fait des modèles «pay for compliance» à savoir qu'ils répondent uniquement à l'exigence de la conformité des processus et non à celle de l'amélioration effective de la qualité. Ceci a notamment pour conséquence de freiner les innovations au lieu de les encourager [2].

Transparence pour les fournisseurs de prestations et les patients?

Les fournisseurs de prestations sont sceptiques face à la publication de données relatives à la qualité médicale et n'y recourent guère. Dans les faits, il n'existe que peu d'indices probants montrant que la transparence de la qualité améliore la qualité des résultats. Les patients n'utilisent pas non plus ces informations comme escompté et celles-ci n'exercent qu'un effet limité sur leur choix d'un fournisseur de prestations, notamment parce qu'elles ne sont comprises que par un petit nombre d'entre eux et ne sont guère révélatrices de la qualité du traitement [3]. Ce qui contribue à instaurer la confiance chez les patients est le fait de savoir d'où proviennent les données et qui les publie [4].

Rendre visible la qualité en tant qu'élément central de l'activité médicale est néanmoins l'un des objectifs de la FMH. Nous sommes en effet convaincus que la transparence de la qualité devrait, en fin de compte, permettre aux fournisseurs de prestations d'optimiser leur tâche principale: le traitement de leurs patients. Nous sommes d'avis que les fondements d'un développement de la qualité résident dans une amélioration constante et systématique des prestations au moyen d'un «système auto-apprenant» [5]. Dans ce contexte, la transparence de la qualité ne doit donc pas servir uniquement à publier des données brutes, mais aussi et surtout à transmettre des informations complexes sur la qualité, et ce de manière compréhensible et adaptée aux groupes d'interlocuteurs concernés. La transparence ne sera profitable à tous qu'à cette condition. Les points suivants nous paraissent importants à cet effet:

- prodiguer un traitement répondant aux normes actuelles, fondées sur des données probantes, tout en l'adaptant au cas de chaque patient (state of the art medicine);
- être en mesure de se représenter et de représenter son action dans un environnement pertinent pour la discipline pratiquée (benchmarking);
- élaborer des «données qualité» dans un esprit de transparence différenciée, de manière à ce que les différents groupes intéressés, notam-

1 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? J Eval Clin Pract. 2006;12(1):37-48.

2 Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care. Boston: Harvard Business School Press; 2006.

3 Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. Qual Health Care. 2000;9:53-7.

4 Magee H, Davis L-J, Coulter, A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. J R Soc Med. 2003;96: 338-42.

5 GTQ-FMH. Document de base du Groupe de travail Qualité de la FMH: Gestion de la qualité et certification de la prestation médicale: coûts et utilité. Bull Méd Suisses. 2008;89(20):838-41.

Correspondance:
FMH
Elfenstrasse 18
Case postale 170
CH-3000 Berne 15

daniel.herren@kws.ch

ment les patients, puissent tirer profit de la publication de ces données;
– s'améliorer de manière continue et s'investir de manière ciblée et individuelle dans des domaines requérant une amélioration qualitative.

Besoins des patients en matière d'information

Les patients ont besoin de données qui les aident à évaluer leur situation de façon réaliste quant au succès possible du traitement envisagé, et à trouver un médecin apte à soigner la maladie qui les affecte. La transparence de la qualité devrait leur apporter un plus en matière de sécurité et de confiance. Cependant, il faut tout d'abord procéder à des enquêtes qualitatives afin de déterminer les informations dont les patients ont véritablement besoin. A cet effet, la FMH a mandaté la Haute école spécialisée de Berne pour effectuer une analyse de ces besoins. Celle-ci devra déterminer auprès de groupes types de patients quelles informations ils souhaitent recevoir sur la qualité des fournisseurs de prestations ambulatoires. Les données qualitatives ainsi obtenues permettront de développer un instrument propre à mener une enquête représentative. Forte de ces résultats, la FMH pourra ensuite réfléchir à la meilleure façon de communiquer les informations souhaitées au public.

Programme P4P

De la mesure de la qualité et de la publication des résultats, il n'y a qu'un pas vers une rétribution financière récompensant de meilleurs résultats dans ce domaine [6]. A ce sujet, la preuve de l'effet des programmes P4P est tout aussi faible que celle concernant la transparence de la qualité. L'effet obtenu sur la qualité semble être toutefois plus grand lorsque des programmes P4P sont appliqués conjointement avec la publication des données [7]. Au premier coup d'œil, un programme P4P peut sembler séduisant: il paraît logique et évident que celle ou celui qui fournit une meilleure qualité gagne également plus d'argent. La réalité est cependant tout autre. La qualité d'analyses de laboratoire ou de moyens diagnostiques comme la radiographie est vite évaluée et recueille sans peine un consensus, mais la complexité des résultats de toute une chaîne de traitements dépasse souvent les possibilités des méthodes de mesure de la qualité. En outre, un système d'évaluation validé nécessite des algorithmes de calcul complexes et exigeants qui prennent beaucoup de temps à finaliser et coûtent cher. Si les indicateurs sont erronés, on risque dans le pire des cas une détérioration de la qualité des soins [8].

Quand on a réussi à se mettre d'accord avec tous les partenaires sur des critères de mesure judicieux, la discussion s'engage sur le montant et la forme des indemnités financières. Lorsque les bonus liés aux prestations sont trop modiques, comme aux Etats-Unis, l'intérêt pour ces programmes est faible et les coûts éventuels dépassent la plus-value escomptée. Lorsque les bonus liés aux prestations sont importants, comme en Angleterre, ils risquent de générer de fausses incitations [9]. La forme de tels bonus liés aux prestations exerce une grande influence sur les risques. La question centrale est de savoir si l'on veut maintenir la qualité actuelle des soins médicaux, l'améliorer là où elle est la plus basse ou, au contraire, élever la moyenne générale [10]. Nous partons du principe que les soins médicaux en Suisse, même mesurés à l'aune de normes internationales, sont de qualité très élevée. C'est pourquoi il semble réaliste de maintenir la moyenne existante et, simultanément, de viser une amélioration des prestations se trouvant au plus bas de l'éventail de qualité.

Incentive for Quality (I4Q)

A notre avis, il convient de mettre l'accent sur les incitations *(incentives)*. Un modèle «incentive for quality» (I4Q) pourrait par exemple être mis en œuvre au niveau des fournisseurs de prestations, consistant en la saisie périodique de démarches qualité reconnues par des partenaires (Q-Monitoring). Conçue sous cette forme, la transparence de la qualité peut devenir un facteur de motivation lorsqu'elle est formulée de manière utile, c'est-à-dire d'une façon qui permet de reconnaître ses propres forces et faiblesses. On pourrait ainsi soutenir par des mesures visant à améliorer celles et ceux qui n'accordent pas l'attention nécessaire au domaine de la qualité, et à «récompenser» de manière appropriée les personnes qui obtiennent des résultats au-dessus de la moyenne. Un modèle I4Q permettrait d'offrir des incitations qui ne seraient pas forcément d'ordre financier (p. ex. procédure allégée en matière de garanties de paiement, etc.). Cela étant, les indicateurs utilisés pour la saisie des démarches qualité des médecins doivent être fixés par les sociétés de discipline médicale et peuvent aussi avoir le caractère d'un projet. Il est essentiel que ces indicateurs contiennent des éléments relatifs à la qualité des structures, des processus et des résultats, qu'ils fassent l'objet d'une autoévaluation et d'une évaluation par des tiers et qu'on puisse en attendre une utilité.

Un tel modèle, doté d'un grand potentiel, pourrait relancer de manière constructive la discussion sur la qualité en la faisant sortir de l'impasse où elle se trouve actuellement en Suisse.

6 Bertelsmann Stiftung. Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstransparenz. Transparenz für Bürger. Transparenz für Ärzte. Politik für Transparenz. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

7 Lindenauer P, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. N Engl J Med. 2007;356(5): 486-96.

8 Geraedts M, Jäckel W, Thomeczek C, Altenhofen L, Birkner B, Blumenstock G, et al. Qualitätsindikatoren in Deutschland. Z Arztl Fortbildung Qual Gesundhwes. 2005;99:329-31.

9 Roland M, Campbell S, Bailey N, Whalley D, Sibbald B. Qualitätsabhängige Arztvergütung: Ein gross angelegtes Experiment in Grossbritannien. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt a.M.: Kompart; 2007. S. 43-70.

10 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006; 145(4):265-72.