Le P4P doit-il être remplacé par le P4Q et/ou le T4NP ?

Should P4P be replaced by P4Q and/or T4NP?

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2011

Depuis quelques années, la raréfaction des ressources confronte la communauté médicale aux organismes payeurs publics ou privés. L'exemple le plus caricatural est celui de la vidéocoloscopie, car cet acte diagnostique ou thérapeutique pourrait être substitué ou concurrencé par d'autres méthodes diagnostiques (coloscopie virtuelle, capsule colique) ou thérapeutiques (chirurgie laparoscopique ou mini-invasive et/ou transorificielle). Après une proposition dont le succès a résidé plus dans son anagramme P4P (*pay for performance*) que dans des preuves de son impact, l'amélioration de la performance a été nulle ou modeste et surtout, n'a pas satisfait les organismes payeurs. La disponibilité moins importante des ressources oblige à une nouvelle réflexion qui, pour les financeurs, semble urgente, afin de disposer de nouveaux indices ou critères dans le but de médicalement et scientifiquement justifier la tarification des actes médicaux. Il est étonnant que peu de données soient disponibles sur les raisons des échecs du P4P, mais il est bien connu que la nature humaine est actuellement plus sensible à une perte effective qu'à un gain potentiel, et que le P4P aurait dû être remplacé par le T4NP (*toll for non performance*) même si l'anagramme était moins percutante.

Le remplacement du P4P par le P4Q (*pay for quality*) a débuté par le PQRI (*physician quality reporting initiative*) qui après une expérience pilote en 2006 a été adopté par le NQF (*National Quality Forum*) du *medicare and medicaid*. Cette mesure pour l'appliquer à la vidéocoloscopie requiert de proposer des indices ou critères de qualité dont certains chevauchent les indices de performance mais dont la pertinence nécessite quelques commentaires.

Historiquement, une *task-force* de l'ASGE et de l'ACG, en 2006, a proposé des critères de qualité pour l'endoscopie et a retenu des indices obtenus :

- avant la procédure (pertinence de l'indication, consentement et information, respect des intervalles de surveillance, qualité de la préparation) ;
- pendant la procédure (pourcentage d'intubation cœcale, pourcentage de détection des adénomes, temps de retrait, taux de résection des polypes < 2 cm) ;
- après la procédure (fréquence de perforation, de saignement, prise en charge non chirurgicale des hémorragies retardées).

En 2008, l'American Medical Association Physician Consortium for Performance Improvement et The National Committee for Quality Insurance n'ont retenu que trois critères (délai de surveillance après coloscopie normale, délai de surveillance après coloscopie pathologique, précision du compte rendu de coloscopie) pour autoriser des remboursements différents par les structures financières selon les établissements. Depuis, les instances financières ont demandé à des experts de proposer des indices de qualité dans l'optique de reformer le paiement de la coloscopie : ces experts ont privilégié des indices mesurables à l'échelle d'un individu plutôt que d'un groupe ou d'un établissement, reconnaissant pour ces derniers une faisabilité plus difficile requérant des registres cliniques (sans proposer de mode pour leur financement) ; ce choix est également motivé par la variation des résultats observés d'un individu à l'autre. Il est intéressant de noter que cette voie est différente de la mesure d'accréditation qui cible (actuellement !) plutôt un établissement que la qualité individuelle.

Les trois indices qui ont été proposés sont : le pourcentage d'intubation cœcale, le taux de détection des adénomes (TDA) et le délai de contrôles proposé en fonction des résultats enregistrés lors de la coloscopie index. Les avantages de ces indices résident essentiellement dans leur facilité à être déterminés et enregistrés à l'échelon individuel mais, comme le soulignent les auteurs, comportent de nombreux inconvénients :

- taux d'intubation cœcale (TIC) : autodéclaration fondée sur le seul endoscopiste (!), mais quel coût et meilleur moyen d'objectiver la preuve de cette intubation ;
- TDA : caractère rétrospectif de la nature adénomateuse d'un polype (obérant d'autant plus la notification du

D. Heresbach (✉)
Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes,
15, avenue des Broussailles, CS 50008,
F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr

caractère avancé de l'adénome !), impossibilité de substituer ce taux par celui de polypes, au risque de voir une inflation des polypectomies de lésion non adénomateuse, voire non hyperplasique ;

- délai proposé de surveillance ultérieure par coloscopie préféré à une mesure rétrospective de ce délai, celle-ci étant difficilement applicable à l'échelle individuelle (nomadisme des patients pour un contrôle endoscopique) et nécessitant un rapport de coloscopie très précis, le délai de contrôle d'un adénome ou d'un adénome supérieur à 1 cm étant différent, le délai proposé étant une promesse (ou contrat) sur un avenir à moyen terme (trois ou cinq ans).

Les auteurs argumentent sur le caractère « faisable » et complémentaire de ces trois marqueurs à prendre en compte simultanément pour construire une échelle de remboursement de l'acte ? Ainsi, quelques pistes pour associer une incitation à la performance, mais fondée sur la qualité de l'acte, sont évoquées. Le premier exemple des programmes anglais, allemands et australiens de mesure de la qualité et de délivrance de certificats (par les agences de santé ou les sociétés savantes ou organismes professionnels ?) pour conserver un taux de remboursement habituel est notamment cité. Les auteurs soulignent que ce schéma n'est pas applicable aux États-Unis où le taux de remboursement n'est pas attribué individuellement mais par établissement. Une deuxième voie est la délivrance d'un taux de remboursement individuel en fonction des résultats observés par les pourvoyeurs et financeurs de santé qui au besoin pourraient tarifier à un niveau inférieur le paiement de l'acte, cette voie étant peu différente du P4P. La troisième voie est un remboursement global de l'acte et de ses conséquences (faux-négatifs, deuxième exploration, traitement du cancer d'intervalle) pendant une période donnée (-10 à +90 jours par exemple).

Après la lecture de la revue dans ce numéro, intitulé « Amélioration de la qualité par la réforme du paiement des soins » plusieurs questions persistent :

- les critères choisis sont-ils pertinents ou uniquement choisis, car leur mesure est facile, immédiate et individualisée ?
- Le P4Q, tel que défini par les auteurs, est-il une façon diplomate et/ou hypocrite et/ou pseudoscientifique, destinée plutôt à juguler l'offre et les dépenses de santé ?
- L'amélioration du TDA, aussi souhaitable est-elle pour les patients, génère mécaniquement un nombre de coloscopie de contrôle et un rythme (trois et non cinq ans) dont le coût permettrait-il d'octroyer une prime à la qualité ou plutôt d'éviter une amende à la « médiocrité » ?

- L'exception française trouvera-t-elle encore des défenseurs ou bien accepterons-nous ce pragmatisme anglo-saxon de la réforme du paiement à la performance vers un paiement à la qualité ?

Le choix des trois critères, TIC, TDA et délai prévu du prochain contrôle endoscopique (DPCE), est critiquable et ne garantit pas de façon égale d'atteindre les objectifs de la coloscopie qui sont la diminution maximale de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal (CCR) et d'éviter les CCR d'intervalle (CCRI) comme nous l'avons argumenté dans un article de ce numéro :

- si le TIC est une condition souhaitable, il faut se rappeler que la diminution de l'incidence et de la mortalité par CCR après RSS de dépistage en population est comparable à celle observée au décours d'un même délai après coloscopie longue. Après coloscopie totale, la diminution du CC proximal n'est observée en population qu'après un délai plus long, de l'ordre de 10 à 15 ans ;
- si le TDA est facile à mesurer, quasi immédiat et bien pratique pour « pénaliser » l'endoscopiste, il n'est pas corrélé au CCRI ;
- la promesse d'un délai de contrôle selon les recommandations en vigueur n'est pas la garantie que ce contrôle sera réalisé à la date proposée pour des raisons multiples.

Enfin, plutôt que de choisir des critères faciles à recueillir mais dont la pertinence n'est pas prouvée, la réflexion devrait dans un premier temps se focaliser sur le choix à faire : P4P, P4Q ou T4NP à la lumière des résultats déjà obtenus dans certains programmes (hors notre spécialité) et des conclusions qui en ont été tirées comme nous le résumons dans un article de ce numéro. En outre, nous disposons du coût et des résultats d'un programme de P4Q à une échelle « lisible » pour un investissement de trois millions de dollars US pendant trois ans pour 120 000 « assurés médicaux », c'est-à-dire 25 euros ou 8,3 euros par assuré social et par an !

Ainsi, à l'heure de l'impasse sur l'actualisation de la tarification des actes, d'une imposition des Acbus dont la côte et les limites ne sont pas définies par les professionnels, nous devons, sociétés savantes et syndicats, mener une réflexion et une synthèse sur le choix entre récompenses et/amendes (la carotte ou le bâton, le bâton et la carotte) et le périmètre auquel appliquer ce choix (le gastroentérologue, l'établissement de santé privé ou public, le département, la région) plutôt que de subir des sanctions individuelles et ciblées à l'insu de notre plein gré.