P4P ou P4Q vus par la CNAM : coup d'essai ? Coup de pub ? Coup dans l'eau ? Coup pour voir ? Contrecoup ?

**P4P (pay for performance) or P4Q (payment for quality)
as seen by the French National Health Insurance System (CNAM):
a trial? Public relations? A wasted effort? To test reactions? Consequences?**

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2011

Alors que l'été a apporté son lot de « bonnes et mauvaises nouvelles », la CNAM a réalisé son coup d'essai (ou de pub !), l'Angleterre son coup dans l'eau, et il nous reste à nous, endoscopistes et hépatogastroentérologues, à anticiper le contrecoup. En effet, deux mois après la mise au point sur le concept de P4P et de P4Q dans le numéro 3 d'*Acta Endoscopica*, la CNAM annonçait, le 21 juillet 2011, les éléments de la nouvelle convention, en particulier l'introduction du paiement dit à la performance pour les médecins généralistes, et le *BMJ* (*BMJ* 2011 Jun 28;342:d3590. doi: 10.1136/bmj.d3590) publiait les résultats du programme de P4Q mis en place en 2004 et évalué en 2005, 2006 et 2007.

En attendant les éléments détaillés de la convention, la CNAM a obtenu la signature dans la convention d'un programme de P4P basé sur le volontariat. Ce programme et convention a été signé par trois des cinq syndicats de médecins généralistes (MG) le 20 juillet 2011 : il comporte 30 objectifs et permet au maximum d'octroyer une prime de 9 000 euros par an et par MG. L'hypothèse est que, parmi les 45 000 MG, la moitié des 30 objectifs seront atteints mais aucune donnée n'est à ce jour disponible sur le taux de participation espéré (ou budgété) : ainsi, le budget maximal engagé est de 405 millions d'euros par an pour un taux de participation de 100 % et la totalité des objectifs pleinement atteints. Basé sur le volontariat et moins attractif financièrement, le CAPIL actuel a concerné ou séduit 16 000 MG, ce qui correspondait à une prime de 3 000 euros, soit un budget de 48 millions d'euros !

Le programme décrit actuellement plusieurs thèmes associés à un cumul de points comme :

- l'informatisation du dossier médical pour 50 points ;
- atteindre un taux de 80 % des patients diabétiques avec une glycémie inférieure à un seuil maximal pour 25 points (espérons que nos décideurs auront pris soin d'y associer un seuil minimal pour éviter la prime à l'hypoglycémie) ;
- atteindre un taux de 75 % des patients âgés de plus de 65 ans (ou de moins de 65 ans en ALD) vaccinés contre la grippe pour 20 points ;
- plus de 70 % des anticholestérolémiants prescrits sous forme de générique apporteront 60 points ;
- plus de 80 % des patientes âgées de 50 à 74 ans inclus dans le programme de dépistage du cancer du sein.

Pour une valorisation annoncée de 7 euros par points, un MG augmentera sa prime de 11,4 euros par patient (?) et pour une patientèle moyenne de 800 patients, la prime annuelle sera de 9 100 euros par MG.

Le programme UK Quality and Outcomes Framework initié en 2004 a été évalué en 2004–2005 et en 2006–2007, soit la première et troisième année de sa mise en place.

Ce programme qui concerne 500 MG ayant en charge 4,4 millions d'habitants, concerne des patients tirés au sort sélectionnant 148 MG du programme. Leur activité et les critères ciblés ont été enregistrés et analysés avant la mise en place du P4Q pendant trois ans (2001–2003), le paiement « incité pour la qualité » dans le cadre du P4Q mis en place en 2004 et l'analyse de l'impact du paiement en 2005 et 2007. Les indicateurs d'objectifs ont été classés en indicateur de mesure (IM, prise de la tension artérielle) et en indicateur de prescription (IP, traitement par bêtabloquant), chacun étant ou pas incité financièrement (IF ou NIF). Ce classement est fondé sur un comportement spontané, pendant les années 2001–2003, différent pour les indicateurs de classes IM et IP, le taux d'exception moyen de 8,3 %, c'est-à-dire d'exclusion du patient pour un indicateur de ces deux classes étant respectivement de 3 et 13 %. L'analyse à court (2005, première année d'IF) et long (2007, troisième

D. Heresbach (✉)
Rédacteur en chef d'*Acta Endoscopica*,
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

année d'IF) termes a concerné 17 IM-IF, 9 IM-NIF, 6 IP-IF et 10 IP-NIF. La variation des indicateurs a été calculée en pourcentage des objectifs atteints par rapport à ceux attendus (V%AE), ces derniers ayant été calculés pour les années 2006 et 2007 à partir des variations effectivement observées en 2001, 2002 et 2003.

Sans reprendre une à une les variations des indicateurs, les quatre classes ont varié de la façon suivante :

- pendant la première année (2005) de mesure de l'impact de l'IF, la V%AE des indicateurs IM et IP était de +14,5 et +4,3 % pour ceux bénéficiant d'une IF ou de +0,3 et -0,09 % pour ceux NIF ;
- pendant la troisième année (2007) de mesure de l'impact de l'IF, la V%AE des indicateurs IM et IP était de +3,9 et +2,9 % pour ceux bénéficiant d'une IF ou de -5,6 et -1,7 % pour ceux NIF ;
- la variation de V%AE en comparant la troisième à la première année d'IF était pour les indicateurs des indicateurs IM et IP de +1,9 et +2,6 % pour ceux bénéficiant d'une IF, ou de -6,3 et 1,2 % pour ceux NIF.

Le texte annonçant le 21 juillet 2011 le programme de P4P, signé par trois syndicats de MG, précise que son exten-

sion est envisagée et sera proposée ultérieurement. Au-delà du délai d'application, nous devons mener une réflexion sur la pertinence d'un tel programme en cas d'appropriation sur la nature des objectifs et indicateurs susceptibles d'entrer dans un programme de P4Q et non de P4P. En effet, la perception de la différence entre P4P et P4Q devient une évidence, puisque pour le même objectif (qualité de la coloscopie), le critère ou indicateur d'un P4P est le temps de retrait du coloscope (TDR) ou le pourcentage de « coloscopie de surveillance ou de contrôle » prématuré (par exemple 0,5 % selon l'Acbus), et celui d'un P4Q est le taux de détection des adénomes (TDA) ou le taux de détection des cancers colorectaux d'intervalle (TDCCRI).

Le P4P ou P4Q en endoscopie digestive doit devenir un sujet de notre réflexion, car son appropriation ou la définition de son périmètre gouvernera le positionnement et l'attractivité de notre spécialité bien plus que toute forme de DPC, EPP ou EPR. En effet, ceux-ci nécessitent des moyens pour être mis en place, alors que le P4Q, même si certains penseront que c'est un cheval de Troie, est, vu la faiblesse des primes ou récompenses, une forme de maîtrise comptable déguisée... comme un ver déguisé en fruit !