

Des objectifs rémunérés sans améliorer la qualité des soins

La "rémunération à la performance" consiste à inciter financièrement des soignants à soutenir des actions de santé publique, à réduire des dépenses de santé ou à suivre des "bonnes" pratiques (1). Pourtant, selon différentes analyses, les programmes de rémunération à la performance ont des résultats mitigés, voire décevants (2,3). Ainsi, en France, l'évolution des prescriptions des benzodiazépines montre une réalité complexe.

Moins de benzodiazépines ? Un objectif des contrats dits CAPI de la Caisse d'assurance maladie de 2009 visait à ce que moins de 5 % des personnes âgées de plus de 65 ans prennent des benzodiazépines à demi-vie longue. Pourtant, un critère plus pertinent pour les patients aurait été de viser une réduction de la durée de prise des benzodiazépines (4). La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui a succédé en 2011 aux CAPI a ajouté un objectif en ce sens, incitant à des traitements de moins de 12 semaines (5,6).

Dans un bilan de la ROSP publié en 2015, l'assureur maladie se félicite que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans prenant des benzodiazépines à demi-vie longue ait baissé de 13,7 % fin 2011 à 10,8 % fin 2014 (5). Mais, sans parvenir à réduire la proportion de patients nouvellement traités par benzodiazépines sur une durée dépassant 12 semaines, qui est restée stable en 2014 autour de 15 %.

Contre-productif. Les résultats d'une étude réalisée dans les Pays de la Loire explique peut-être le phénomène. Une baisse de prescription de benzodiazépines de demi-vie longue entre 2011 et 2012 s'est accompagnée d'une augmentation de la prescription de celles à demi-vie courte (7). Et les patients âgés de plus de 65 ans à qui ont été prescrits des benzodiazépines à demi-vie courte ont ensuite continué plus souvent qu'avec les benzodiazépines à demi-vie longue leur traitement au-delà de 12 semaines, ce qui semble « contre-productif ».

Ainsi, cette rémunération a fait évoluer la prescription de benzodiazépines, mais sans amélioration réelle de la qualité des soins. Protéger les patients des effets indésirables demande plus qu'une rémunération sur objectifs quantifiables.

©Prescrire

.....
Extraits de la veille documentaire Prescrire.

- 1- Prescrire Rédaction "Contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) (suite et fin) : un essai de rémunération "à la performance" à amender pour la qualité des soins" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (326) : 932-935.
- 2- "Health Policy Brief : Pay-for-Performance" *Health Affairs*, October 11, 2012 : 6 pages.
- 3- Cashin C et coll. "Paying for performance in health care. Implications for health" European observatory on health systems and policies 2014 : 338 pages.
- 4- Prescrire Rédaction "CAPI - Objectif n° 4" *Rev Prescrire* 2010 ; **30** (325) : 862.
- 5- "La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 3 ans" Assurance maladie 27 avril 2015 : 40 pages.
- 6- Prescrire Rédaction "Rémunération sur résultats : objectifs de soins et de coûts (n° 14 à n° 24)" *Rev Prescrire* 2013 ; **33** (356) : 456-463.
- 7- Rat C et coll. "Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices?" *BMC Health services research* 2014 ; **14** (301) : 7 pages.

