



HAL
open science

Rémunération à la qualité : Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient

Etienne Minvielle, John R. Kimberly

► **To cite this version:**

Etienne Minvielle, John R. Kimberly. Rémunération à la qualité : Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, A paraître, 38 (4), pp.242-252. hal-03058626

HAL Id: hal-03058626

<https://hal.science/hal-03058626>

Submitted on 11 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Rémunération à la qualité : Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient

Titre en anglais



ÉTIENNE MINVIELLE

Ecole Polytechnique & Gustave Roussy

JOHN KIMBERLY

Wharton School, Université de Pennsylvanie

RÉSUMÉ



Mots-clés



ABSTRACT



Keywords

Les initiatives de rémunération à la qualité (ou paiement à la performance (le « P4P ») menées à travers le monde peinent à donner des résultats positifs [1-3]. En même temps, une revendication est devenue commune : passer d'un volume de services fournis à la valeur créée pour les patients, la « valeur » étant définie comme les résultats obtenus par rapport aux coûts [4]. Les progrès doivent favoriser la mesure des résultats qui importent aux patients [5].

La thèse développée dans cet article est différente : plus qu'une incitation financière au résultat, c'est une incitation des efforts organisationnels qui apparaît devoir être privilégiée pour améliorer les démarches du P4P ; la qualité du résultat doit pour sa part se raisonner au niveau individuel de chaque patient sans recourir à une incitation financière.

Pour étayer cette thèse, nous proposons d'analyser les sujets attenants au P4P sous un angle managérial. Une telle approche permet de rentrer dans la « boîte noire » de la qualité

appliquée à la prise en charge du patient. Différentes théories aident ainsi à caractériser la prise en charge du patient comme une activité productive de soins et de service. Les rapports entre mesures de résultat et de processus, entre améliorations clinique et organisationnelle, entre lecture individuelle et collective, et encore d'autres sujets en lien avec l'incitation financière à la qualité sont également étudiés de cette manière.

L'analyse est conçue de la manière suivante. Dans un premier temps, l'analyse porte sur la caractérisation de l'activité de prise en charge des patients et sa quête de qualité. Des pistes en matière d'orientation du P4P en sont ensuite déduites. Cet article s'appuie sur une revue narrative de la littérature sur le P4P, et sur l'expérience des auteurs, l'un ayant été impliqué dans la construction des indicateurs de qualité et le design de l'Incitation Financière à la qualité (IFAQ) de 2003 à 2016 dans le cadre du projet de recherche Compaqh [6-7]. A ce titre, cet article constitue un point de vue.

1. LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS : CARACTÉRISTIQUES D'UNE ACTIVITÉ PRODUCTIVE

L'analyse ne prétend pas couvrir l'ensemble des caractéristiques de l'activité productive qui est décrite ailleurs [8], mais s'intéresse à celles en lien avec la recherche de qualité.

En considérant l'activité de prise en charge des patients, une première caractéristique se distingue aisément. Elle concerne le périmètre de cette prise en charge. Avec l'émergence croissante des maladies chroniques, ce périmètre s'est élargi, ne se limitant plus seulement à l'épisode hospitalier, mais intégrant aussi les étapes d'amont et d'aval qui se réalisent tant en médecine de ville qu'au domicile du patient et dans les organisations médico-sociales. Les notions de parcours de soin, et de parcours de santé qui intègre les actions de prévention, et répond à l'ensemble des besoins médico-sociaux exprimés par le patient, symbolisent cet élargissement. D'une manière neutre face à ces variantes, nous parlerons de parcours-patient dans la suite de cet article.

Une seconde caractéristique concerne l'objectif poursuivi en termes de qualité lors de cette gestion de parcours patients. Comme dans d'autres secteurs de service, le résultat visé se situe à l'échelon individuel de chaque patient. Un patient opéré d'une prothèse de hanche se soucie peu, par exemple, des résultats exprimés « *en moyenne* » sur la reprise de la marche. Ce qui lui importe est surtout de connaître son évolution personnelle. Il en est de même pour la douleur post-opératoire, les symptômes et les autres résultats cliniques. L'affirmation est marquée du sceau de l'évidence, pourtant la démarche qui vise à fixer l'évaluation de la qualité à ce niveau individuel du patient n'est pas habituelle dans le cadre

des soins. Le concept de « *mass customization* » qui préconise un mode de gestion et une évaluation personnalisée des activités des biens et de services permet de l'appréhender [9]. Appliquée à la prise en charge du patient, on parle plutôt d'ailleurs de la gestion d'une singularité à grande échelle [10], afin de mettre l'accent sur la prise en compte de la singularité de chaque patient (la production se conçoit à partir de l'agrégation de ces singularités, plus que comme une production de masse se diversifiant). Cette singularité est liée à la condition clinique [11], mais aussi à la variété des besoins psychosociaux, et des préférences des patients (e.g. transport, garde d'animaux domestiques lorsqu'on est seul) [12].

A travers ces notions, c'est une reconnaissance d'un objectif individuel de la qualité qui peut être éclairée. Nous reviendrons sur la déclinaison opérationnelle de cet objectif qui pose des questionnements sur la catégorisation des patients et des parcours, par principe illimitée [13]. A ce stade, il est juste intéressant d'admettre le principe. Il permet d'établir une distinction sur les efforts à fournir pour parvenir à la qualité. En caractérisant l'objectif de qualité au niveau de l'individu, on cible en effet les efforts à fournir d'une manière distincte de ceux nécessaires à l'atteinte d'un objectif de qualité « à la moyenne ». On retrouve là une règle épidémiologique classique : les « *efforts engagés* » (ou facteurs) qui favorisent la réalisation de la qualité à un niveau individuel ne sont pas les mêmes qui font que la moyenne d'une population peut être améliorée [14]. L'ensemble aboutit à caractériser dans cette activité de prise en charge un objectif de qualité à l'échelon individuel et à considérer les efforts spécifiques pour y parvenir.

Dans le prolongement, une troisième caractéristique est identifiable. Elle a trait à la relation entre ces « *efforts engagés* » à l'échelon

individuel et le résultat obtenu, c'est-à-dire l'état de santé, la morbi-mortalité, la satisfaction et l'expérience du patient. La relation entre le résultat obtenu et ces efforts est classiquement assimilée en matière de qualité au rapport entre l'« *outcome* » et le ou les « processus » pour y parvenir. Vue sous un angle managérial, cette relation se caractérise par sa nature stochastique. Il n'y a en effet pas de relation déterministe entre les efforts engagés (e.g. l'application d'un protocole thérapeutique) et le résultat (e.g. la rémission d'un cancer). L'échec d'un traitement, et plus généralement des efforts déployés au niveau des « processus », peuvent être dus à différents facteurs qui échappent au contrôle des équipes soignantes. Ces facteurs sont de natures multiples : l'évolution de l'état clinique, les comportements inattendus du patient, des événements organisationnels aussi inattendus, voire même des formes de hasard qui interfèrent avec le déroulé du parcours [15]. Ils ont tous en commun un degré d'imprévisibilité qui dépasse les capacités de contrôle de l'aléa.

Ce dernier constat renvoie à un fait souvent méconnu dans les analyses sur la qualité réalisées ces dernières années, à savoir que malgré les tentatives de contrôle des aléas, l'absence de déterminisme persiste. Il est vrai que l'étude de relations entre une action spécifique et un résultat (e.g. le lavage des mains et la diminution des infections post-opératoires) a pu montrer des corrélations fortes et positives, dans certains pans d'activité (notamment en matière de sécurité des soins). Mais la quête de contrôle de tous les aléas sur l'ensemble d'un parcours patient se heurte inéluctablement à leur multiplicité et leur nature imprévisible, surtout lorsqu'ils se combinent.

Cette limite empêche d'affirmer donc un déterminisme systématique entre « *efforts engagés* » (ou « processus ») et « résultat » (ou

« *outcome* ») [16]. Il est d'ailleurs intéressant de noter combien la littérature, même la plus récente, sur l'analyse de cette relation « *processus/outcome* » témoigne de cette situation, parfois avec peine. Peuvent se lire des expressions telles que « *mixed results* » ou « *inconsistent results* » comme dans le cas de l'accident vasculaire cérébral [17, 18], et des propositions d'évaluation proposant une approche mixte associant « *processus* » et d'« *outcomes* » [19, 20]. Les faits semblent résister à ce que l'on peut appeler un désir socialement construit, celui d'évaluer les résultats exclusivement, au risque d'estomper l'incertitude qui entoure sa réalisation.

L'analyse des « *efforts engagés* » permet d'identifier une quatrième et dernière caractéristique. Différentes recherches en management de la santé amènent en effet à distinguer trois catégories d'« *efforts engagés* » qui contribuent à la qualité. Ces efforts renvoient à des pratiques cliniques, organisationnelles et de gouvernance.

- Les pratiques cliniques sont celles liées à l'expertise médicale. Elles permettent de définir des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, impliquent un jugement professionnel, et supposent souvent des formes de coordination multidisciplinaires [21]. Elles sont généralement dirigées par des médecins, et représentent ce que l'on peut nommer la phase de conception de la prise en charge.
- Les pratiques organisationnelles aident à la mise en œuvre de ces stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Elles résultent d'un travail individuel et collectif d'équipes se situant en première ligne de l'activité (spécialistes hospitaliers, médecins de premier recours, infirmières, pharmaciens, physiothérapeutes, etc.). Ces pratiques correspondent à la réalisation de multiples

actions techniques, de coordination, de communication [22], de responsabilisation d'équipe [23], et d'analyses partagées des situations de travail [24]. Divers travaux ont montré leur influence sur la qualité dans différents contextes, notamment chirurgicaux [25], de soins intensifs [26] ou de cardiologie [27].

- Les pratiques de gouvernance relèvent pour leur part à la gestion d'une organisation de santé (établissement de santé, réseau, etc.). Dans les établissements, elles concernent, par exemple, la conception et l'utilisation de tableaux de bord et de systèmes de reporting, les plannings horaires, ou l'architecture des nouvelles générations de dossiers de santé électroniques. Leur influence sur la qualité des soins a été démontrée par différentes études [28-31] : par exemple, en montrant l'impact du ratio patient/infirmière sur la probabilité de décès dans les 30 jours suivant l'admission [28] ; ou en montrant comment l'attention portée à la qualité par un conseil d'administration (c.-à-d. la part du temps consacré aux discussions sur la qualité et la fréquence des évaluations effectuées avec les cadres intermédiaires), s'associe à des soins de meilleure qualité [31].

Pour être complet, il convient d'ajouter que ces trois pratiques s'exercent dans un environnement qui influe aussi sur la qualité (espace géographique, caractéristiques socio-économique des patients dans un territoire donné), mais qui représentent en règle générale des facteurs extérieurs à la gestion de la prise en charge des patients.

Ainsi caractérisées, ces trois pratiques montrent que les « *efforts engagés* » pour améliorer la qualité dépassent l'activité clinique. Les pratiques organisationnelles et de gouvernance relèvent en effet d'autres champs de compétences. Le poids relatif de ces trois

pratiques dans la détermination de la qualité est aussi difficile à établir. Si l'on se réfère à W. Edward Deming, grand théoricien de la qualité, l'expertise des opérateurs ne représente que 10 à 20% de la variance de la qualité dans la plupart des secteurs de l'industrie et des services [32]. Autrement dit, on pourrait penser que les pratiques cliniques compteraient pour assez peu dans la qualité des soins, ce qui est à l'évidence inexact. Le transfert a sans nul doute ses limites. Toutefois, le constat suggère à l'inverse que la contribution des pratiques organisationnelles et de gouvernance à la qualité des soins ne peut être négligée.

Le point mérite d'être souligné car les pratiques organisationnelles sont souvent perçues comme un fardeau qui empêche les professionnels de la santé de se concentrer sur les activités « au lit du malade ». Par exemple, Allen [33] a montré que si les infirmières opèrent des actions de planification du travail, de gestion des lits ou de transfert de malades, leur vocation les amène souvent à juger ces dernières négativement. Il ressort donc que si les pratiques organisationnelles contribuent à la qualité, une faible motivation pour les réaliser, au moins pour certaines d'entre elles, semble s'exercer dans de nombreux cas.

Au final, cette analyse managériale de l'activité de la prise en charge du patient fait émerger quatre caractéristiques. Ce sont pour les résumer : (i) l'activité couvre l'espace du parcours du patient ; (ii) le résultat recherché en termes de qualité se situe au niveau individuel de chaque patient ; (iii) les efforts engagés ne déterminent pas systématiquement le résultat de santé à l'échelle du parcours ; (iv) le contenu des efforts qui contribuent à la qualité distingue des pratiques cliniques, organisationnelles et de gouvernance ; parmi elles, les pratiques organisationnelles sont souvent vécues comme un fardeau par les professionnels de santé.

Si la littérature dont sont issues ces caractéristiques est connue, elle nous semble ne pas avoir reçu suffisamment d'attention dans le débat sur le P4P. En reprenant ces quatre caractéristiques, un regard nuancé par rapport aux visions habituelles sur la manière de concevoir la rémunération à la qualité émerge.

2. LES CONSÉQUENCES SUR LA RÉMUNÉRATION À LA QUALITÉ

Les caractéristiques décrites ont de notre point de vue deux conséquences principales sur le design du P4P : (i) promouvoir l'évaluation individuelle en termes de résultats, sans recourir à une incitation financière; (ii) inciter financièrement les pratiques de « *processus* », et plus particulièrement celles qui couvrent les efforts organisationnels entrepris tout au long du parcours du patient.

2.1. La reconnaissance d'un résultat individuel plus que d'une incitation financière au résultat

Cette affirmation est fondée sur la mobilisation de plusieurs des quatre caractéristiques évoquées. L'absence de déterminisme entre les efforts déployés et le résultat obtenu nous semble tout d'abord introduire une première limite au développement de l'incitation financière aux résultats. Dans le cas où la corrélation n'est pas avérée, inciter financièrement aux résultats peut introduire des effets contre-productifs où des équipes engagées dans des efforts importants et de qualité seraient injustement pénalisées. De plus, le nombre d'actions et d'efforts impliqués dans un résultat ainsi que les aléas qui surviennent rendent difficile l'interprétation d'un résultat en matière de « *processus* » à améliorer, et donc d'actions à mener pour s'améliorer.

Une autre caractéristique introduit de notre point de vue une seconde limite vis-à-vis de l'incitation aux résultats. Elle provient de l'écart entre une approche individuelle et à la moyenne de la qualité. Dans la mesure où l'incitation aux résultats est une incitation fondée sur des indicateurs qualité, elle s'appuie sur un raisonnement « à la moyenne ». Or, en agissant de la sorte, l'incitation risque de porter sur des facteurs différents, éloignés de ceux qui importent à l'échelon individuel. Elle se détourne ainsi de l'objectif individuel, améliorer la qualité pour chaque patient.

Nous avons conscience qu'exprimer une telle orientation est contre-intuitif, la tendance actuelle favorisant le paiement aux résultats. Et une réponse habituelle faite face à la fragilité d'interprétation du résultat est d'ajuster sur les facteurs qui l'influencent. Ces dernières années montrent pourtant que ces techniques d'ajustement ne réfutent que partiellement le risque de mauvaise interprétation: la variance dite résiduelle reste souvent non négligeable (ce qui sous-entend que des facteurs explicatifs ne sont pas identifiés); selon la combinaison des variables d'ajustement retenues le résultat s'exprime différemment sans que l'on puisse en tirer de conclusions sur une méthode à privilégier [34] ; le biais de « *constant risk fallacy* » dans les échantillons sélectionnés pour définir le poids des variables peut rendre l'interprétation du résultat après ajustement encore plus délicate. Enfin, ces techniques tiennent compte d'une différence sur des facteurs explicatifs externes (à savoir, en dehors du déroulé même du parcours des patients), mais n'intègrent pas les aléas qui entourent le déroulé des « *processus* ». Or ces derniers, on l'a souligné, jouent un rôle majeur dans le déterminisme « *processus/résultat* ».

Il nous semble donc, à la sortie de cette analyse, que la tendance à privilégier la

reconnaissance de la singularité de chaque patient et à admettre une évaluation individuelle du résultat a une raison d'être. Elle n'est pas pour autant exempte de difficultés. La reconnaissance de l'évaluation individuelle du résultat, on l'a évoqué, pose notamment une question opérationnelle de taille. Chaque patient peut en effet être perçu comme un cas singulier ce qui requiert des dispositifs d'évaluation particulièrement chronophages, voire irréalistes. Dans ce domaine, quelques outils existent néanmoins, et donnent un aperçu pratique de ce que pourrait être cette orientation dans le futur. L'approche des « *Patient Reported Outcomes Measurements* » (PROMs) et « *Patient Reported Experience Measurements* » (PREMs), basée sur des questionnaires validés, permet par exemple dès à présent un suivi individuel des patients [35]. Le *National Health Service* au Royaume-Uni [36] dans son vaste programme de « *care customization* » envisage des évaluations personnalisées sur de nouvelles formes de retour d'expérience des patients. Le développement des traitements de données massives constitue également une autre piste pour permettre la puissance de collecte et de traitement des données nécessaire [37,38]. Si des démarches existent, elles restent néanmoins encore isolées et partielles, nécessitant à l'avenir de résoudre des questions méthodologiques et éthiques (l'évaluation individuelle entraîne des risques de stigmatisation et de manque de respect à la vie privée).

2.2. Une incitation financière tournée vers les efforts organisationnels engagés le long des parcours des patients

Cette seconde affirmation découle de la précédente. Si l'évaluation individuelle est à privilégier au niveau du résultat, que la rémunération à la qualité a peu de sens à ce niveau, l'opportunité d'une incitation financière se pose alors au niveau des « *processus* ». Reste

alors à comprendre ce qui se place derrière cette notion de « *processus* ».

Pour y répondre, une autre caractéristique est intéressante à mobiliser. Il s'agit de la distinction des trois pratiques cliniques, organisationnelles et de gouvernance. Ces trois pratiques qui contribuent aux efforts engagés pour aboutir à la qualité constituent le contenu de ces « *processus* » et permettent d'orienter plus spécifiquement les domaines où l'incitation financière se justifie.

Précisément, dans le cas des pratiques cliniques, le recours à une incitation financière pour motiver les professionnels de santé à les réaliser semble assorti d'un risque, celui du « *crowding effect*. Ce risque est de déclencher des comportements contre-productifs face à la forte motivation intrinsèque des professionnels à spontanément exercer ces pratiques. Bien que les preuves empiriques de ce risque soient mitigées [39], comme le soutiennent Ryan et Deci [40], la motivation intrinsèque est un moteur essentiel dans le cas de la pratique clinique assumée par les professionnels. Il s'agit du cœur de leur métier, et de la source de leur engagement. Différents experts plaident ainsi pour ne pas appliquer le P4P à ce niveau, et favoriser plutôt le renforcement de la motivation intrinsèque à travers des actions telles que : offrir aux médecins suffisamment de temps pour leur formation médicale continue, utiliser des tableaux de bord pour montrer aux médecins les indicateurs clés de la santé des patients, et en associant les médecins à une évaluation collective de leurs pratiques [41-42].

Les pratiques organisationnelles qui concernent les médecins et des autres professionnels de la santé impliqués dans la « première ligne » renvoient à une autre situation. Leur motivation peut être qualifiée de modérée ou faible dans ce cas, comme on l'a montré

précédemment dans le cas des infirmières [33]. Certains professionnels, il est vrai, sont sensibles à des problèmes d'organisation et ont donc probablement déjà un degré de motivation non négligeable. Mais leur proportion est encore marginale, et dans leur ensemble les professionnels restent assez peu sensibles à ces pratiques, y étant peu formés. Si des thèmes comme la coordination entre professionnels le long du parcours, ou le management d'un travail d'équipe, sont par exemple mis en avant au nom de la qualité, leurs déclinaisons sur le terrain restent encore relativement faibles. L'incitation financière, dans ce contexte de motivation modérée [43], semble avoir sa raison d'être.

Enfin, dans le cas des pratiques de gouvernance, la situation est encore différente. Il apparaît que certaines pratiques peuvent être une source de motivation intrinsèque pour les gestionnaires ou les membres de conseils de direction, car elles sont au cœur de leur mission. Par exemple, assumer la responsabilité de la mise en œuvre intégrale d'un dossier médical informatisé, gage d'une meilleure traçabilité des données sur la qualité de soins, peut être intrinsèquement motivant pour une direction de système d'information. A l'inverse, la faible priorité donnée à la qualité par rapport à d'autres objectifs de performance, le temps souvent long du changement prôné par les managers, et la nécessité d'aligner les pratiques des managers et des professionnels de première ligne sur les actions liées à la qualité des soins, révèlent des pratiques de gouvernance difficiles à mettre en œuvre où l'application d'une rémunération à la qualité peut avoir du sens. Tsai *et al.* [31] ont ainsi montré l'impact positif sur la qualité des soins dans des hôpitaux où la rémunération des membres de la direction générale était liée la performance mesurée sur des indicateurs qualité.

Au final, il ressort de cette analyse une application particulière du P4P sur les « processus »: la rémunération à la qualité mérite d'être orientée sur les pratiques organisationnelles, et de gouvernance dans une certaine mesure. Certains peuvent soutenir que cette orientation sur de telles mesures de « processus » constitue un pas en arrière dans le développement du P4P, avec tous les risques qu'il comporte. Il peut notamment porter le risque de figer des règles pseudo-tayloriennes dans l'organisation du travail du parcours. A une tâche identifiée, une récompense lorsque la conformité à la règle de travail est observée et mesurée à travers un indicateur de « processus ». Tout dépend en fait de la définition donnée à l'indicateur. S'il évalue un délai (par exemple, le temps pour échanger des informations entre professionnels) ou les efforts pour créer un travail d'équipe coopératif par exemple, cela laisse aux professionnels la possibilité de s'organiser de manière autonome dans leurs pratiques en fonction des caractéristiques du contexte local pour atteindre ces objectifs [44]. L'indicateur évalue en quelque sorte les résultats des efforts organisationnels engagés, laissant une autonomie suffisante dans les modalités de leur réalisation. Le risque d'introduire une organisation taylorienne où la conformité à une tâche serait récompensée peut alors être évité. Une autre critique peut être évoquée : celle d'adopter un raisonnement à la moyenne, et non individuelle. Cette critique a été exprimée dans le cas de l'évaluation de la qualité du résultat. Mais en l'occurrence, dans le cas des efforts organisationnels, l'approche quantifiée « à la moyenne » exprimée par la mesure ne s'exprime pas par rapport au patient, mais par rapport à des actions collectives menées par des professionnels (par exemple, le délai moyen d'envoi d'un courrier au médecin traitant). Il s'agit d'évaluer un effort collectif, en évitant les risques d'injustice liés à une récompense

individuelle [2] ce qui est tout à fait différent et semble plus légitime.

Si rien n'est acquis dans le développement de ces indicateurs organisationnels, et des modes de rémunération à la qualité qui pourraient y être appliqués, les travaux actuels en la matière expriment une nouvelle voie. Elle est d'autant plus intéressante à considérer si on la rapporte à l'espace du parcours patient, périmètre large sur lequel les efforts organisationnels à entreprendre sont unanimement reconnus comme importants et essentiels à la qualité.

CONCLUSION

L'angle managérial adopté dans cet article apporte un éclairage particulier sur le débat actuel autour du P4P. Le premier temps de l'analyse a montré qu'en étudiant la qualité de la prise en charge comme une activité productive, quatre caractéristiques émergent : (i) l'activité couvre l'espace du parcours du patient ; (ii) le résultat recherché en matière de qualité doit être privilégié au niveau individuel de chaque patient ; (iii) les efforts engagés ne déterminent pas systématiquement le résultat ; (iv) le contenu de ces efforts distingue des pratiques cliniques, organisationnelles et de gouvernance, chacune contribuant à la qualité, mais avec des degrés de motivation à leur réalisation variables.

En prenant en compte ces quatre caractéristiques dans la manière de concevoir le P4P, deux orientations ont ensuite été identifiées : (i) promouvoir l'évaluation individuelle au niveau de chaque patient en termes de résultats, sans recourir à une incitation financière ; (ii) inciter financièrement les efforts engagés ou « processus », et plus particulièrement ceux qui couvrent les pratiques organisationnelles entreprises tout au long du parcours du patient.

Le P4P inciterait ainsi des pratiques assumées par les médecins, mais aussi par de nombreux autres professionnels de la première ligne et les gestionnaires ; des pratiques parfois considérées comme fastidieuses ou éloignées de leurs missions habituelles, mais qui jouent un rôle clé dans la qualité.

Une telle approche nous semble pouvoir améliorer les démarches actuelles, mais dans une orientation autre que celle préconisée par beaucoup autour d'un paiement au résultat.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Mendelson A, Kondo K, Damberg C, *et al.* The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* [Epub ahead of print 10 January 2017]166:341–353. doi: 10.7326/M16-1881
- [2] Gondi S, Soled D, Jha A. The problem with pay-for-performance schemes. *BMJ Quality & Safety* 2018;:bmjqs-2018-008088. doi:10.1136/bmjqs-2018-008088
- [3] Delbanco S., McLaine L., Murray R. “The Evidence On Pay-For-Performance: Not Strong enough On Its Own?», « Health Affairs Blog, October 24, 2018.DOI: 10.1377/hblog20181018.40069
- [4] Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-81
- [5] Porter ME, Larson S., Lee T.H. Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med* 2016; 374: 504-506
- [6] Couralet M, Leleu H, Capuano F, Marcotte L, Nitenberg G, Sicotte C, Minvielle E. Method for developing national quality indicators based on manual data extraction from medical records, *BMJ Quality and Safety.* 2012, 22-2:155-162
- [7] Lalloué B, Girault A., Ferrua M., Jiang S., Loirsa P, Minvielle E. Evaluation of the effects of the French Pay-for-Performance program - IFAQ pilot study. *International Journal for quality in Health care*, 2017, 28-6: 833-837. doi: 10.1093/intqhc/mzx111
- [8] Minvielle E. Le patient et le système. Ed. Seli Arslan, 2018

- [9] Davis, S.M. (1987). *Future Perfect*. Reading, MA: Addison-Wesley
- [10] Minvielle E. (1996). Gérer la singularité à grande échelle (Managing the uniqueness at large scale). *La Revue française de gestion (French Review of Management)*, 109, 114-25
- [11] Lampel, J., and Mintzberg, H. (1996) Customizing customization. *Sloan Management Review*, 38 (1), 21–30
- [12] Kimberly, J., and Minvielle, E. (2017). Can Health Care Be “Built to Order?” - Making the Shift Toward Customized Care. *The New England Journal of Medicine Catalyst* [June 21]
- [13] Moisdon J.C. « De l’incitatif économique à la machine de gestion : le cas des établissements de santé. », *Quaderni*, 2013, 3-82 :39-54
- [14] Rose G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 2001, 30: 427-432
- [15] Chassin M.R., Loeb, J.M., Schmaltz S.P. Wachter R.M. (2010). Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement. *New England journal of medicine*, 363;7: 683-8. doi: 10.1056/NEJMs1002320
- [16] Minvielle, É. & Sicotte, C. La quête de rationalité : le cas de la standardisation de la prise en charge des malades. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2018, 24-58: 69-90
- [17] Parker C Schwamm LH Fonarow GC *et al.* Stroke quality metrics: systematic reviews of the relationships to patient-centered outcomes and impact of public reporting. *Stroke*, 2012;43:155–62
- [18] Yu-Chi Tung, Jiann-Shing Jeng, Guann-Ming Chang, Kuo-Piao Chung, Processes and outcomes of ischemic stroke care: the influence of hospital level of care, *International Journal for Quality in Health Care*, 2015, 27-4: 260–266, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv038>
- [19] Dy S.M., Chan K.S., Chang HY., Zhang A., Zhu J., Mylod D. 2016. Patient perspectives of care and process and outcome quality measures for heart failure admissions in US hospitals: how are they related in the era of public reporting? *International Journal for Quality in Health Care*, 28-4: 522-8
- [20] Tsai TC, Orav EJ, Jha AK. Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Ann Surg.* 2015; 261(1): 2–8
- [21] Press MJ. Instant Replay — A Quarterback’s View of Care Coordination. *New England Journal of Medicine* 2014;371:489–91
- [22] Burns LR, Bradley EH, Weiner BJ, *et al.* *Shortell and Kaluzny’s health care management : organization, design, and behavior*. Delmar Cengage Learning 2011
- [23] Ham C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet* 2003;361:1978–80. doi:10.1016/S0140-6736(03)13593-3
- [24] Edmondson AC, Hart V. *Teaming : how organizations learn, innovate, and compete in the knowledge economy*. John Wiley & Sons 2012
- [25] Charns M, Lockhart C. *Work design. In Health care Management: organizational Design and Behavior*. NY, Delmar. Albany, NY:Delmar: Stephen M. Shortell, Arnold D. Kaluzny. 1994
- [26] Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, *et al.* The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Medical care* 1994;32:508–25.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8182978> (accessed 20 Mar 2019)
- [27] McConnell KJ, Lindrooth RC, Wholey DR, *et al.* Management Practices and the Quality of Care in Cardiac Units. *JAMA Internal Medicine* 2013;173:684. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3577
- [28] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*;288:1987–93.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650> (accessed 20 Mar 2019)
- [29] Jha A, Epstein A. Hospital Governance And The Quality Of Care. *Health Affairs* 2010;29:182–7. doi:10.1377/hlthaff.2009.0297
- [30] Parand A, Dopson S, Renz A, *et al.* The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ open* 2014;4:e005055. doi:10.1136/bmjopen-2014-005055
- [31] Tsai TC, Jha AK, Gawande AA, *et al.* Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health affairs (Project Hope)* 2015;34:1304–11. doi:10.1377/hlthaff.2014.1282
- [32] Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge University Press 1986. https://openlibrary.org/books/OL22322511M/Out_of_the_crisis (accessed 20 Mar 2019)

- [33] Allen D. Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: from individual to organisational relationships. *Social science & medicine (1982)* 2014;119:131–8. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.036
- [34] Shahian DM, Wolf RE, Iezzoni LI, Kirle L, Normand SL. Variability in the measurement of hospital-wide mortality rates. *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2530-9. doi: 10.1056/NEJMsa1006396
- [35] Basch E, Deal AM, Dueck AC, *et al.* Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA* 11 juill 2017;318(2):197
- [36] De Iongh A, Redding D, Leonard H. New personalised care plan for the NHS. *BMJ* 31 janv 2019;364:1470
- [37] Volpp KG, Krumholz HM, Asch D. (2018). Mass Customization for Population Health. *JAMA Cardiol*. 2018 May 1;3(5):363-364. doi: 10.1001/jamacardio.2017.5353
- [38] Parikh R.B., Schwartz J.S., Navathe A.S. (2017). Beyond Genes and Molecules — A Precision Delivery Initiative for Precision Medicine. *N engl j med* 376;17: 1609-1610
- [39] Navathe AS, Volpp KG, Caldarella KL, *et al.* Effect of Financial Bonus Size, Loss Aversion, and Increased Social Pressure on Physician Pay-for-Performance: A Randomized Clinical Trial and Cohort Study. *JAMA network open* 2019;2:e187950. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.7950
- [40] Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist* 2000;55:68–78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11392867> (accessed 20 Mar 2019)
- [41] Berenson RA, Rice T. Beyond Measurement and Reward: Methods of Motivating Quality Improvement and Accountability. *Health services research* 2015;50 Suppl 2:2155–86. doi:10.1111/1475-6773.12413
- [42] Judson TJ, Volpp KG, Detsky AS. Harnessing the Right Combination of Extrinsic and Intrinsic Motivation to Change Physician Behavior. *JAMA* 2015;314:2233–4. doi:10.1001/jama.2015.15015
- [43] Pink DH. *Drive : the surprising truth about what motivates us*. New York, NY: 2009
- [44] Minvielle E, Leleu H, Capuano F, *et al.* Suitability of three indicators measuring the quality of coordination within hospitals. *BMC health services research* 2010;10:93. doi:10.1186/1472-6963-10-93