



HAL
open science

La Rémunération à la qualité : Praticiens, chercheurs en économie et en gestion

Etienne Minvielle, Lise Rochaix

► To cite this version:

Etienne Minvielle, Lise Rochaix. La Rémunération à la qualité : Praticiens, chercheurs en économie et en gestion : Regards croisés sur l'incitation financière à la qualité. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, A paraître, 38 (4), pp.217-220. hal-03059744

HAL Id: hal-03059744

<https://hal.science/hal-03059744>

Submitted on 13 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.

ÉDITORIAL

La Rémunération à la qualité : Praticiens, chercheurs en économie et en gestion : Regards croisés sur l'incitation financière à la qualité

Étienne MINVIELLE

CNRS, Ecole Polytechnique

Lise ROCHAIX

Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Hospinomics : PSE and AP-HP

Parmi ses objectifs, *le Journal de Gestion et d'Économie en santé* vise à dynamiser les relations entre professionnels de santé et enseignants-chercheurs en économie et en gestion. L'appel à soumission d'articles dont est issu ce numéro spécial 'Gestion et Économie', à la suite du colloque organisé le 27 septembre 2019, participe de cette logique. Les articles qui en sont issus relayent des points de vue de praticiens et d'universitaires. Ils montrent également des sensibilités d'économistes et de chercheurs en gestion, témoignant d'une collaboration sur un objet commun entre les deux communautés. La revue est, rappelons-le, soutenue par le CES (Collège des Economistes

de la Santé), et ARAMOS (Association de Recherche Appliquée au Management des Organisations en Santé).

Les thèmes abordés dans ce numéro spécial sont relatifs aux incitations financières à la qualité au moment même où les pouvoirs publics s'interrogent, dans la lignée du rapport de la *Task Force* sur les modes de tarification de Janvier 2019 puis du 'Ségur de la santé', sur la pertinence d'y recourir de manière plus marquée. Plusieurs des communications du colloque¹ ont permis d'illustrer et approfondir les interrogations autour des incitations financières à la qualité, à l'étranger comme

¹ Voir le programme ci-après.

en France, notamment à travers le dispositif IFAQ (Incitations Financières à la Qualité) et le paradoxe qu'il suscite. Si son principe semble acquis, le paiement à la qualité peine à s'affirmer dans les faits, en France comme ailleurs, et ce malgré les efforts importants de la part des pouvoirs publics. Cela justifie pleinement d'analyser le *design*, tout comme les usages de ces modes de paiement à la qualité, relevant de manière plus générale de la notion de paiement à la performance ou « P4P » dans la version anglaise.

Les questions traitées sont d'actualité dans le contexte de la crise du Covid-19 : le positionnement de ce mode de paiement par rapport à d'autres et sa pertinence ; le choix des indicateurs qualité ; l'adhésion des professionnels ; et des questions plus méthodologiques sur la collecte des données, la taille de l'incitation, parmi d'autres. Six- articles composent ce numéro. Ce sont des articles de point de vue, abordés sous différents angles, avec un référencement aux connaissances du domaine. En complément, il est proposé un bref rappel du projet Compaqh qui a accompagné les pouvoirs publics de 2003 à 2016 sur ces sujets de développement d'indicateurs et d'incitations financières à la qualité.

Les deux premiers articles retracent l'évolution des indicateurs de qualité et posent la question du choix des indicateurs sur lesquels pourraient reposer des incitations financières.

L'article de Lise Rochaix, Catherine Grenier et Laetitia May invite à 'revisiter' le diagnostic posé par Or et Com-Ruelle en 2008 et retrace les grandes évolutions dans la définition des indicateurs qualité et dans leur usage en matière de tarification. En matière de mesure, les évolutions marquantes à l'étranger sont la combinaison d'indicateurs de processus et de résultats d'une part, et d'autre part, le recueil de

plus en plus fréquent de la perspective patient, tant pour l'appréciation des résultats de santé que pour l'expérience de la qualité des soins. Quant à l'utilisation d'indicateurs de qualité dans la rémunération des producteurs, elle est aujourd'hui effective, avec plus ou moins de succès, dans plusieurs pays à l'étranger. Dans tous ces exemples, la recherche de l'efficience, reconnue certes comme un objectif majeur, ne saurait conduire à des ajustements à la baisse de la qualité des soins, ce qui a conduit à la prise en compte explicite de la qualité dans les schémas de rémunération. Les auteures proposent une analyse de la situation française au regard de ces expériences étrangères et les implications concrètes que l'on peut tirer, tant pour la mesure de la qualité que pour son usage dans la tarification à la qualité. Les incitations indirectes à la qualité (comme la coordination des soins) semblent préférables aux incitations ou sanctions directes (comme les ré-admissions) dès lors que l'attribution de la responsabilité d'un manque de qualité est souvent difficile et que le risque des incitations directes est grand sur les motivations intrinsèques des acteurs ;

L'article d'Etienne Minvielle et John Kimberly ouvre la boîte noire de la gestion de la qualité pour étudier les composantes du paiement à la performance. Leur étude rapporte que le débat sur le choix de s'orienter vers des indicateurs de résultat (mortalité et autre) comme support de l'incitation financière oublie certains faits : l'application d'une incitation financière doit s'appliquer à la qualité, non seulement observée à l'hôpital, mais aussi plus sûrement observée sur l'ensemble du parcours du patient ; l'amélioration de cette qualité est à rechercher au niveau individuel de chaque patient ; la relation positive entre les efforts engagés dans les processus et l'obtention des résultats n'est toujours pas acquise, malgré les méthodes d'ajustement et de contrôle des aléas mises en œuvre ces dernières années ;

les indicateurs de processus renvoient à des efforts entrepris dans la réalisation d'actes cliniques (bonnes pratiques cliniques), mais aussi organisationnels (coordination, travail d'équipe, réunion multidisciplinaire), et de gouvernance (place de la qualité dans les priorités données par les directions d'organisations de santé). Ils en déduisent que le paiement à la performance devrait avant tout rémunérer les efforts organisationnels assumés par les équipes de soins le long du parcours du patient. Leur positionnement vis-à-vis du « paiement au résultat » est également argumenté.

Les trois articles suivants s'interrogent sur la mise en œuvre effective des politiques d'amélioration de la qualité et les conditions de leur succès.

L'article de Myriam Lescher pose la question des fondements d'une politique d'incitation à la qualité. L'analyse économique repose sur la notion d'arbitrage que sont censés opérer les consommateurs entre différents producteurs en concurrence sur un marché donné. L'application de la concurrence au secteur de la santé a fait l'objet de nombreux travaux, soulignant les particularités de ce secteur, dont la présence forte d'asymétries d'information. Cet article porte sur la diffusion de l'information sur la qualité des soins dans les établissements de soins et montre, en mobilisant les résultats de la littérature internationale, que la mise en concurrence des hôpitaux n'aboutit pas nécessairement aux améliorations attendues sur un marché standard, notamment lorsqu'il s'agit de la qualité globale des soins. L'efficacité de la diffusion dépendant de l'utilisation par les patients des indicateurs mis à leur disposition, il importe en préalable de vérifier si cette condition est remplie. Or la littérature montre des effets contrastés : les patients ne sont pas nécessairement en capacité d'arbitrer entre structures sur la base de leur qualité mais

exercent une pression qui peut avoir un effet sur la réputation des hôpitaux de moins bonne qualité. La conclusion souligne à la fois l'importance du choix des indicateurs et la nécessité d'un relais pris par des dispositifs d'incitations financières à la qualité, du type IFAQ.

L'article de Jean-Claude Moisdon s'intéresse à la réception de l'incitation sur le terrain, au niveau des équipes de soins. Ces dernières sont censées être la cible de l'incitation et modifier leur comportement en conséquence vers des approches d'amélioration de la qualité. La question posée est de savoir si l'incitation atteint réellement sa cible et représente ainsi une approche d'amélioration de la qualité efficace. L'auteur rattache la démarche d'IFAQ à un « modèle gestionnaire » où le principe d'amélioration de la qualité serait fondé sur un rapprochement à des règles de travail. Les doutes sur la valeur-ajoutée d'IFAQ s'expliqueraient par la fragilité de ce principe. Une alternative serait alors de miser sur un autre modèle, le modèle de la « culture de sécurité ». Fort d'une analyse comparative avec les recherches dans le secteur nucléaire et des enseignements qui en ont été tirés, Jean-Claude Moisdon montre les avantages et les inconvénients de chacun des deux modèles et conclut à l'avantage d'une des approches (nous ne révélons pas laquelle pour inciter le lecteur à lire l'article !), moyennant des aménagements oubliés à l'heure actuelle.

L'article de Nathalie Fourcade s'appuie sur les travaux produits par l'auteure dans le cadre d'une année passée aux Etats-Unis en tant que *Harkness Fellow du Commonwealth Fund*. L'illustration offerte pour le cas des maladies mentales permet de rendre plus concrets les enseignements à tirer de ces travaux. Sont documentées dans cet article les étapes successives qui ont permis de développer une culture de la mesure de la qualité, sur laquelle un large consensus est à présent effectif. L'article

permet d'identifier les blocages et les conditions de réussite de la mise en place d'une telle démarche, qui sont autant d'indications précieuses pour la France. Ainsi, la confiance et la co-construction sont cruciales. Les efforts pour produire les meilleurs indicateurs possibles sont essentiels, mais les mesures sont intrinsèquement imparfaites, de sorte que les politiques d'amélioration de la qualité fondées sur la mesure ne répondront pas aux attentes sans accord initial des parties prenantes sur un objectif commun. Et pour obtenir l'adhésion des offreurs de soins, il est nécessaire de créer de la valeur d'usage pour eux, de sorte que les mêmes données devraient être utilisées pour la régulation et la pratique des professionnels, dans la mesure du possible.

La dernière contribution relate l'expérience originale de co-construction d'indicateurs qualité menée par l'ATIH, dans le cadre des expérimentations de modes de financement mixtes, au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018. Ces nouveaux modes de rémunération visent à inciter les professionnels de santé et les établissements à améliorer leur productivité et leur qualité, par la mise en œuvre de paiements qualité spécifiques. Si la qualité concerne les différentes étapes du processus de soins, de l'entrée du patient dans son parcours, jusqu'aux résultats cliniques finaux, elle nécessite de disposer d'indicateurs pour constituer un ensemble d'outils fiables, objectifs, reproductibles, permettant aux acteurs de se monitorer, mais aussi de se comparer entre eux, reflétant ainsi d'éventuels écarts concernant l'offre de soins territoriale. Un processus innovant de production d'indicateurs, dit *bottom-up* a été utilisé pour élaborer les indicateurs qualité : la co-construction. Alliant professionnels de santé, décideurs et experts, ce processus vise à améliorer l'adhésion des acteurs et *in fine* renforcer la place de la qualité dans le

financement, ainsi que son acceptation par les acteurs de terrain.

A la lecture de ces articles, plusieurs faits saillants apparaissent. Ces articles reposent tout d'abord sur des concepts théoriques parfois méconnus dans le débat public. Ainsi est-il des travaux sur la gestion de la qualité, notamment de la part des pères fondateurs comme Deming, les apports de la théorie de l'agence ou des incitations, l'approche culturelle de la sécurité dans le nucléaire, pour n'en citer que quelques-uns. Ils apportent de nouveaux éclairages dans les débats actuels, relativisant certaines affirmations, voire 'déniant' certains propos, selon la formule imagée de nos amis québécois. Ces articles montrent aussi combien une base empirique solide, que les données soient qualitatives ou quantitatives, contribue à produire une connaissance scientifique sur le paiement à la performance, fondée sur les preuves en matière de politiques publiques (ou encore EBP - *Evidence-Based Policy*), à l'instar de l'EBM (*Evidence Based Medicine*). C'est à cette seule condition qu'il devient possible de distinguer ce qui relève d'une connaissance de ce qu'est une intuition ou une croyance, pour reprendre une distinction chère à Spinoza. Ce faisant, ces travaux nous invitent à construire une assise théorique aux futurs développements du paiement à la performance, tout particulièrement les incitations à la qualité, assise partagée entre sciences économiques et sciences de gestion, et plus largement en sciences sociales. Enfin et surtout, plusieurs de ces articles apportent des pistes opérationnelles. Ce n'est pas le moindre des résultats que de montrer les conséquences opérationnelles obtenues, suite à un effort de théorisation. Le lecteur, tant académique que professionnel, se laissera ainsi convaincre, nous l'espérons, du rôle prépondérant de la recherche en économie et en gestion dans le domaine de la santé.