

# De la mesure de la qualité à son usage dans la régulation des systèmes de santé<sup>1</sup>

## *Titre en anglais*

LISE ROCHAIX

Hospinnomics, Paris School of Economics et AP-HP, lise.rochaix@psemail.eu, auteur correspondant

CATHERINE GRENIER

Haute Autorité de Santé, c.grenier@has-sante.fr

LAETITIA MAY-MICHELANGELI

Haute Autorité de Santé, l.may@has-sante.fr

## RÉSUMÉ

Dans tous les pays développés, la prise en compte de la qualité dans la régulation des systèmes de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La recherche de l'efficacité, aussi nécessaire soit-elle, ne saurait en effet conduire à des ajustements à la baisse de la qualité des soins. La perspective d'utiliser des indicateurs de qualité dans la rémunération des producteurs fait aujourd'hui son chemin, d'autant que les progrès accomplis dans la mesure de la qualité permettent de disposer d'une vaste palette d'indicateurs. 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 la prise en compte explicite de la qualité dans les schémas de rémunération, elle est aujourd'hui effective, avec plus ou moins de succès, dans plusieurs pays à l'étranger. L'objet de cet article est de faire le point sur les développements récents à l'étranger et en France, concernant la mesure de la

---

<sup>1</sup> Les auteurs remercient les membres de l'atelier 'Tarification-Article 51' de la chaire Hospinnomics et Estelle le Borgès pour sa contribution à la recherche bibliographique menée dans le cadre du mémoire de Master rédigé pour le service IPAQSS de la HAS en 2016 puis à Hospinnomics.

qualité des soins et sur les perspectives ouvertes par son usage en matière de rémunération des producteurs de soins.

**JEL Codes :** I11, I18

**Mots-clés :** Qualité des soins, indicateurs de processus, indicateurs de résultats, modes de rémunération, paiement à l'épisode de soins, qualité perçue par les patients, satisfaction, expérience, PREMs, PROMs.

## **ABSTRACT**

*In all developed countries, taking quality into account in the regulation of health systems is at the heart of the concerns of public authorities. The quest for efficiency, as necessary as it may be, should not lead to downward adjustments in the quality of care. The prospect of using quality indicators in the remuneration of producers is making headway today, especially since the progress made in measuring quality makes it possible to have a wide range of indicators. In terms of measurement, the significant developments abroad are the combination of process and outcome indicators on the one hand, and on the other hand, the fast adoption of the patient perspective, both for assessing health outcomes and collecting information on patients' experience of care quality. As for the explicit inclusion of quality in remuneration schemes, it is now effective, with more or less success, in several countries abroad. The purpose of this article is to take stock of recent developments abroad and in France, concerning the measurement of the quality of care and the prospects opened up by its use in terms of remuneration of care producers.*

**Keywords:** *Quality of care, process indicators, outcome indicators, compensation methods, payment per episode of care, quality perceived by patients, satisfaction, experience, PREMs, PROMs.*

\*\*\*

## **1. INTRODUCTION**

En France, les pistes de réforme de la tarification à l'activité (T2A) suggérées dans le rapport Véran (Véran, 2016a), analysées par P.L. Bras (2017) puis recommandées par la Task force 'Réforme du financement du système de santé' lancée par la Ministre des solidarités et de la Santé (Aubert, 2019), en lien avec l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2018, ouvrent la voie d'un usage plus direct d'indicateurs de qualité dans la rémunération des producteurs de soins. Dans tous les pays développés, la

prise en compte de la qualité dans la régulation des systèmes de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La recherche de l'efficience aussi nécessaire soit-elle, ne saurait, en aucun cas, conduire à des ajustements à la baisse de la qualité des soins. Ce risque serait d'autant moins acceptable qu'il s'appliquerait à certaines sous-populations, notamment les plus défavorisées, générant alors des inégalités illégitimes. Les économistes ont pris en compte ce risque de manière précoce, à partir des travaux théoriques sur les incitations financières développés au Royaume-Uni

(MacLeod and Malcomson, 1989) ou aux États-Unis (Ellis and McGuire, 1996). Mais ce n'est que plus récemment qu'a été évoqué l'intérêt qu'aurait l'introduction d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les modes de rémunération des producteurs, afin de contrer une éventuelle baisse de la qualité des soins suscitée par la mise en place d'incitations à l'activité.

Si la qualité est longtemps restée hors du spectre des mesures comparées de performance des systèmes de santé, et *a fortiori*, des modes de rémunération des producteurs de soins, c'est en raison de la double difficulté de sa définition, puis de sa mesure. A titre d'illustration, la comparaison de la performance des systèmes de santé effectuée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2000) ne comprenait pas d'indicateur directement lié à la qualité. Cette notion est en effet englobante (toutes les dimensions mesurées relevant potentiellement de la qualité), donc protéiforme, et son appréciation est en partie subjective. Dès 2008, Or et Com-Ruelle (Or et Com-Ruelle, 2008) proposent à la fois une définition large de la qualité, reprenant les différentes dimensions qui la composent, ainsi qu'un diagnostic précis du retard de la France, comparé à l'étranger, en matière de mesure de la qualité. Dix ans après, il importe de 'revisiter' ce diagnostic, pour apprécier les progrès accomplis dans la mesure de la qualité, que ce soit à l'étranger ou en France. Au-delà, l'actualité pousse à mener une analyse de la pertinence de l'usage d'indicateurs de qualité dans les modes de rémunération des producteurs. L'article 51 de la LFSS 2018 permet d'expérimenter de nouvelles modalités de rémunération et de remboursement des soins qui peuvent en partie reposer sur l'utilisation d'indicateurs de qualité, comme c'est déjà le cas dans d'autres pays. La Haute Autorité de Santé (HAS) est étroitement associée à la mise en œuvre de l'article 51 pour la conception

d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins, indicateurs qui pourront être mobilisés, le cas échéant, dans des modèles expérimentaux de paiement des soins.

Cet article analyse dans un premier temps les évolutions en matière de mesure de la qualité, à l'étranger puis en France (section 2). Au-delà de la seule question de la mesure, il convient aussi d'apprécier le potentiel et la pertinence du recours à ces indicateurs de qualité dans la régulation des systèmes de santé. A cet effet, la section 3 présente la façon dont les indicateurs de qualité sont utilisés dans la régulation des systèmes de soins à l'étranger, pour envisager les applications possibles en France, notamment dans le contexte des expérimentations tarifaires permises par la LFSS 2018.

## 2. MESURE DE LA QUALITÉ : LES AVANCÉES RÉCENTES

En matière de mesure, les avancées récentes en France ont été influencées par les développements à l'étranger d'indicateurs de résultats, plutôt que de processus et par le recueil systématique de la qualité perçue par les patients, en complément de mesures développées par les professionnels de santé.

### 2.1. A l'étranger : priorité aux résultats et à la 'perspective patient'

Trois grands types d'indicateurs de qualité ont été définis, à la suite des travaux fondateurs de Donabedian (Donabedian, 1997) : les indicateurs de structure, les indicateurs centrés sur le processus de soins (*process indicators*) et les indicateurs centrés sur leurs résultats (*outcome indicators*). Les indicateurs de structure sont utilisés pour des comparaisons entre pays et portent sur les caractéristiques permettant aux systèmes de soins de répondre

aux besoins de santé. Ces indicateurs, de nature plus macro-économique, ont été complétés par des indicateurs de processus, en lien avec la qualité des actions ou activités réalisées. Les indicateurs de résultats portent pour leur part sur les changements d'état de santé, sur la qualité de vie, ou sur la satisfaction des patients, basée sur leur expérience des soins.

### **2.1.1. Mesure des processus ou des résultats ?**

L'essor des indicateurs de mesure de la qualité des soins a débuté dès les années 1980 aux États-Unis, au Royaume-Uni puis au Danemark, avec notamment le *Quality Indicator Project* en 1991, afin de mettre en place des indicateurs comparables entre eux. Initialement, ces indicateurs étaient prioritairement des indicateurs cliniques de processus (Wollersheim *et al.*, 2007). Depuis les années 2000, le nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (comme des indicateurs cliniques péri-opératoires), correspondant majoritairement à des indicateurs de processus, augmente fortement. La plupart de ces indicateurs proviennent de recommandations cliniques suivies d'évaluations des services de soins, reflétant la volonté d'accroître la responsabilité des producteurs et d'améliorer la qualité par la comparaison entre offreurs de soins. Une revue de littérature réalisée par Chazapis en 2018 (Chazapis *et al.*, 2018) dénombre 1 282 indicateurs cliniques utilisés dans les pays de l'OCDE. Parmi ces indicateurs, 36% sont des indicateurs de structure et 64% des indicateurs de processus. Parmi les indicateurs cliniques, les indicateurs de mesure de soins péri-opératoires représentent 58% des indicateurs de processus. Les indicateurs concernent majoritairement la chirurgie générale, l'orthopédie, la chirurgie des voies digestives supérieures, l'urologie, la chirurgie vasculaire, la gynécologie et la chirurgie du cancer du sein.

Selon Mainz *et al.* (2015), les indicateurs de processus sont pertinents lorsque : 1) l'amélioration de la qualité vise le processus de soin lui-même ; 2) l'on cherche à comprendre pourquoi certains producteurs de soins atteignent (ou pas) des résultats-cibles ; 3) l'horizon temporel est court ; 4) le volume des soins ou la performance sont peu élevés, ou enfin, 5) les outils pour ajuster ou stratifier les facteurs patient sont manquants. Mais ils doivent être interprétés avec précaution, car il est possible qu'un professionnel de santé réalise une bonne performance sur une dimension cible du processus de soin, au détriment d'une autre. Les indicateurs doivent donc couvrir l'ensemble des dimensions d'un processus affectant un résultat (Chazapis *et al.*, 2018), ce qui est coûteux à mettre en œuvre et à suivre.

Les études menées sur l'utilisation des indicateurs de processus en ont ainsi montré l'intérêt, mais aussi les limites, dans la mesure où une amélioration du processus n'implique pas nécessairement un gain d'état de santé, ce qui est pourtant l'objectif final de tout système de santé. Ceci explique l'engouement marqué au niveau international, au cours de la dernière décennie, pour le développement d'indicateurs de résultats. Améliorer les résultats de santé par des prises en charge de qualité permet en effet de faire converger les objectifs de toutes les parties, les patients, les professionnels de santé et les financeurs de ces soins. Or, une organisation de santé ne peut pas connaître sa performance réelle et la valeur qu'elle produit, à savoir le niveau de résultats obtenus pour un coût donné, tant que ses résultats ne sont pas mesurés. Les indicateurs de résultats des soins favorisent ainsi l'alignement d'une part des objectifs cliniques (produire des soins de haute qualité) avec, d'autre part, le meilleur ratio coût-efficacité possible, tout en renforçant la coopération entre professionnels de santé et responsables des structures de soins.

La tendance est donc désormais à la combinaison d'indicateurs de processus et de résultats (*paired reporting*). Ainsi une mesure de processus (comme la part de diabétiques ayant bénéficié d'un certain nombre d'actes de soins, tels qu'un dosage de l'hémoglobine glyquée), peut être combinée avec des mesures de résultats, comme le taux de maladie rénale chronique chez les individus ayant du diabète. L'Angleterre dès les années 2000 a développé plus de 70 indicateurs combinés, pour 10 pathologies et correspondant à des résultats de santé et à des indicateurs sur l'organisation de la pratique ou la participation des patients (Roland et Guthrie, 2016). Des indicateurs de résultats pour les soins aigus à l'hôpital ont été développés<sup>2</sup>, ainsi que des indicateurs concernant la santé mentale<sup>3</sup>, les soins à domicile et les soins de suite et réadaptation (Thomson, 2004). De même, aux Etats-Unis, des mesures combinées ont été développées dès 1994 par l'AHRQ dans le cadre du HCUP (*Healthcare Cost and Utilization Project*). Ces indicateurs incluaient 33 mesures de qualité avec des indicateurs de résultats comme les événements indésirables (mortalité à l'hôpital, complications suite à une intervention), les actes hospitaliers sous-utilisés, sur-utilisés ou mal utilisés, et les indications cliniques favorables au développement de l'ambulatoire. Par la suite, quatre axes ont été successivement développés : les *prevention quality indicators* en 2001, les *inpatient quality indicators* en 2002, les *patient safety indicators* en 2003 et les *pediatric quality indicators* en 2006 (Farquhar 2008). Le Danemark a aussi développé dès les

années 2000 des indicateurs combinés (Danish National Indicator Project) pour les grandes pathologies, ainsi que des standards de qualité (Mainz *et al.*, 2015).

Enfin, depuis une quinzaine d'années, l'OCDE développe des indicateurs de résultats permettant de comparer les pays entre eux. Ces indicateurs concernent l'admission à l'hôpital pour asthme et MPOC (Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques), sous forme de taux standardisés (par âge et sexe pour 100 000 habitants), les antibiotiques prescrits (dose quotidienne définie pour 1000 habitants), la mortalité après un IMA (Infarctus du Myocarde Aigu), définie par le taux standardisé par âge et sexe pour 100 000 habitants, la survie à un cancer du côlon (taux standardisé par âge en pourcentage), le traumatisme obstétrical avec instrument (taux brut pour 100 accouchements par voie basse avec instrument).

De nombreux indicateurs de résultats ont ainsi été développés, indiquant une volonté de recentrage sur l'objectif final d'un système de santé. La tendance récente est d'assortir désormais ces mesures de résultats d'un recueil de la perception du patient.

### 2.1.2. Vers les *PROMs* et *PREMs*...

Grâce aux indicateurs développés, les actions à mener pour améliorer la santé des patients sont plus transparentes (Mant, 2001). Toutefois, peu de mesures de qualité centrées sur le patient ont été identifiées par Chazapis, à l'occasion de sa revue critique

<sup>2</sup> Pour les soins hospitaliers, les indicateurs suivants ont été définis en priorité : les infections nosocomiales, les infections du site opératoire, la mortalité à l'hôpital, la mortalité néonatale, les réadmissions non programmées, les chutes. Pour les soins d'urgence, les indicateurs suivants ont été définis : le retour non planifié au service d'urgence dans les 72h, le nombre de patients enregistrés dans le service des urgences et restant plus de 6h.

<sup>3</sup> Les indicateurs suivants ont été définis : les départs non programmés résultant d'une sortie du service de santé mentale, les réadmissions en soins psychiatriques, l'hospitalisation partielle dans un service de santé mentale.

des indicateurs de qualité (Chazapis *et al.*, 2018). La conclusion tirée de cette revue est la nécessité de développer des indicateurs cliniques de résultats s'appuyant sur la perception des patients. Des initiatives comme COMPAC (*Core Outcome Measures for Perioperative and Anaesthetic Care*) ont été mises en place au Royaume-Uni pour valoriser la mesure de qualité dans les soins péri-opératoires, en encourageant la prise de décision commune entre les différentes parties prenantes, notamment les patients et le personnel soignant. Ce type d'initiative est en lien avec le développement des PROMs (*Patient Reported Outcomes Measures*) et des PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) qui permettent de recueillir la perception du patient sur la base de questionnaires. Selon la définition de la HAS<sup>4</sup>, les PREMs et les PROMs sont des approches complémentaires pour mieux associer les patients à l'amélioration de la qualité des soins. Les PROMs offrent une mesure des résultats, comme la reprise de la marche après prothèse totale de hanche (PTH), la maîtrise de la douleur, les complications survenues, tandis que les PREMs se rapportent à l'expérience même des patients (leur avis sur la qualité de la prise en charge, leur confiance envers le personnel, les délais d'attente...)<sup>5</sup>. A ces deux approches, peut être ajouté le recueil de la satisfaction patient.

L'utilisation des PROMs a suscité un fort intérêt chez les décideurs dans de nombreux pays, avec pour objectif d'évaluer l'impact des soins fournis sur l'espérance de vie des patients et sur la qualité de vie liée à la santé. Depuis 2009, le *Health and Social Care Information Centre* (HSCIC) présent au Canada collecte

des données obligatoires sur les PROMs pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les réparations de hernies et les chirurgies des varices (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2015). De même, aux États-Unis, de nombreuses initiatives ont été développées, avec le dispositif PROMIS en 2004, ayant pour objectif d'utiliser les PROMs pour mesurer l'efficacité médicale comparée (*Comparative Effectiveness Research - CER*), puis avec la *Veterans Health Administration*, qui constitue le plus important réseau de soins intégrés au sein du pays et qui utilise les PROMs pour contrôler et évaluer les services de santé, sur la base de questionnaires (*Veterans Rand VR-36* et *VR-12*). De nombreux pays ont développé des PROMs pour l'arthroplastie de la hanche pour laquelle la prise en charge de la douleur et la vitesse de récupération des capacités fonctionnelles constituent les objectifs finaux de l'intervention. La Suède a ainsi initié dès 2002 la collecte de PROMs pour les arthroplasties totales de la hanche et possède désormais une centaine d'indicateurs dont 75% sont des PROMs (Pross *et al.*, 2017).

Les Pays-Bas ont déployé des registres sur les maladies cardiovasculaires combinant la collecte d'indicateurs de résultats cliniques et de PROMs, par le dispositif *Meetbaar Beter*. Le registre néerlandais sur les arthroplasties a favorisé la collecte de PROMs dès 2013, comme des PROMs pour les arthroplasties totales de la hanche avant et après l'opération (Pross *et al.*, 2017). Le Danemark développe également des PROMs pour des chirurgies de hanche et de genou. L'Allemagne a, quant à elle, développé des PROMs à partir du *Palliative Care Outcome Scale (POS)*, échelle développée pour les patients atteints d'un cancer avancé

<sup>4</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/colloquehas\\_session2\\_diaporama.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-11/colloquehas_session2_diaporama.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/media/andrew-hutchings-prems-affect-proms-dec13.pdf>

pour évaluer la douleur, l'anxiété du patient et de sa famille, l'information reçue et les temps d'attente (OECD, 2017). Au Canada, l'usage des PROMs varie entre Provinces et territoires, avec plusieurs initiatives à l'échelle des Provinces, mais l'emploi en routine des PROMs n'est pas encore systématique (OECD, 2017).

Les PREMs viennent compléter les PROMs en recueillant la perception des patients sur la qualité des prestations de soins (communication avec le personnel médical, propreté des lieux, temps d'attente...). Ces deux types de mesures visent à faciliter la participation du patient aux décisions qui le concernent (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2015) et peuvent être utilisées conjointement afin d'obtenir des évaluations de la qualité des soins plus exhaustives, comme c'est le cas aux Etats-Unis, depuis 2006, avec l'enquête des *Centers for Medicare and Medicaid Services*, appelée *Health Outcomes Survey*. Ce programme utilise à la fois des PROMs et des PREMs pour comparer les producteurs de soins entre eux (Institut Canadien d'Information sur la Santé, 2015). De même, des PREMs complètent les PROMs dans le cadre du *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), qui est une enquête nationale standardisée, comprenant 32 questions sur le séjour du patient à l'hôpital (Pross *et al.*, 2017).

En Angleterre, des PREMs sont collectés dans le cadre du *National Inpatient Experience Survey* et le *Care Quality Commission inspection results*, et ceux-ci sont publiés sur le site *NHS Choice*. L'Allemagne utilise un système similaire avec le *Patient Experience Questionnaire* (PEQ), qui recueille des PREMs pour tous les hôpitaux allemands,

basés sur 15 questions concernant les soins médicaux, les soins infirmiers, le séjour à l'hôpital et l'évaluation globale de l'hôpital. Les Pays-Bas collectent également des PREMs pour les individus souffrant de diabète, d'asthme, d'insuffisance cardiaque, et de cancers (Fujisawa et Klazinga, 2017). Une autre initiative, le *Consumer Quality Index* provenant du *Centre for Consumer Experience in Health Care*, a été développée en 2006 afin de mesurer des PREMs sur 18 pathologies médicales et processus de soins (Pross *et al.*, 2017; Delnoij *et al.*, 2010).

L'OCDE a lancé en 2017 le projet PaRIS (*Patient-Reported Indicators Survey*) afin de comparer 19 pays sur des indicateurs rapportés par les patients telles que la prise en charge de la douleur, la possibilité de vivre de manière plus autonome suite à un traitement, l'implication des patients dans leurs propres soins. Le projet a pour objectif d'accélérer et de standardiser la production internationale de *patient-reported indicators* sur l'AVC, la crise cardiaque, le cancer, la chirurgie de la hanche et du genou et une maladie mentale, lorsque ceux-ci sont déjà utilisés dans les pays concernés. Ce projet tente également de mettre en place de nouveaux indicateurs rapportés par les patients, notamment pour des pathologies complexes et de long-terme comme le diabète, la démence, ou des pathologies sévères<sup>6</sup>.

Les évolutions marquantes à l'étranger sont donc la combinaison d'indicateurs de processus et de résultats par pathologie d'une part, et d'autre part, le recueil systématique de la perception patient, que ce soit pour l'appréciation des résultats de santé (PROMs) ou l'expérience de la qualité de la prestation de soins (PREMs).

<sup>6</sup> <http://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-Booklet.pdf>

## 2.2. En France : la mesure de la qualité des soins revisitée

C'est avec un certain retard que la France a développé, puis généralisé à l'ensemble des établissements de santé, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). L'analyse menée par Or et Com-Ruelle (Or et Com-Ruelle, 2008) a permis un diagnostic précis des retards pris en France dans la mesure d'un certain nombre de dimensions (efficacité, efficience, réactivité, accès/équité, sécurité) en relation avec la qualité. Nous proposons de 'revisiter' aujourd'hui ce diagnostic pour apprécier les progrès accomplis en matière, d'une part, de mesure des processus (2.2.1) et d'autre part, de mesure des résultats, notamment ceux basés sur l'expérience patient (2.2.2). Tel est le double objet de cette section.

### 2.2.1. Le rattrapage sur les indicateurs de processus

La construction d'indicateurs de mesure de la qualité et de leur appropriation par les professionnels de santé repose sur la production préalable de recommandations cliniques. Ainsi, lors de la mise en place du *Quality Outcome Framework* (QOF) au Royaume-Uni, l'une des conditions d'adhésion des cliniciens au recueil d'indicateurs de qualité a été la définition d'indicateurs cliniques à partir de recommandations fondées sur des données probantes (Roland et Guthrie, 2016). Les instances représentatives des professionnels de santé et la HAS publient des recommandations sur les pratiques professionnelles à partir desquelles ces indicateurs peuvent être construits.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a été initialement en charge du

développement des indicateurs en 2006 avec la création du tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN). La lutte contre les infections nosocomiales est l'un des domaines dans lesquels le développement d'indicateurs a été le plus précoce et le plus illustratif des enjeux associés à la mesure de la qualité. Un premier indicateur (ICALIN) a été développé pour suivre dans le temps et comparer les mesures prises en établissement en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Depuis, ont été développés des indicateurs de prévention des infections suite à des soins (comme ICSHA, qui porte sur la consommation des produits hydroalcooliques ou ICA-LISO<sup>7</sup>, un indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire<sup>8</sup> (HAS, 2017).

A partir de 2008, le ministère de la santé et la HAS ont développé un système d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, fondé sur la collecte régulière d'indicateurs auprès des établissements de santé publics et privés et la mise à disposition du public des résultats. Cette volonté conjointe s'est notamment traduite par l'intégration progressive de ces indicateurs – et de leurs différentes modalités – dans les versions successives de certification des établissements.

Le recueil annuel des indicateurs a tout d'abord concerné les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), puis en 2009 les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) et enfin les établissements dotés d'une activité en santé mentale et les structures d'hospitalisation à domicile à partir de 2010. Les objectifs de ce programme sont de fournir des outils de pilotage et de gestion des établissements de santé, ainsi que des informations

<sup>7</sup> L'indicateur ICA-LISO a pour but de prévenir les infections post-opératoires en chirurgie ou en obstétrique.

<sup>8</sup> <https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c2022303/fr/iqss-2018-ias-indicateurs-de-qualite>



aux décideurs et aux usagers sur la qualité des soins. Les indicateurs sont liés à des priorités de santé publique et d'organisation des soins et se sont étendus progressivement à de nouveaux champs, avec la mise en place d'indicateurs basés sur l'évaluation du dossier patient.

La production de ces indicateurs de processus est essentielle pour analyser la pertinence des décisions de traitement, l'un des domaines où le rattrapage à opérer avait été noté par Or et Com-Ruelle comme à la fois le plus important et le plus délicat : « *Il semble y avoir une défaillance particulière quant à la mise en place d'indicateurs pour ce qui concerne la qualité du processus technique (technical process quality), faisant référence à la pertinence des décisions concernant les diagnostics et les choix thérapeutiques des patients* ».

Le retour d'expérience sur les indicateurs de processus montre cependant l'existence d'effets de seuil non négligeables, la progression globale stagnant une fois les objectifs atteints. Ces indicateurs doivent ainsi évoluer en permanence et plusieurs expérimentations sont en cours, comme par exemple l'indicateur de pertinence de la durée de l'antibiothérapie développé par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2017).

La HAS a développé plus d'une cinquantaine d'indicateurs de processus répartis en deux types : les indicateurs transversaux à toutes les activités cliniques (comme la tenue du dossier patient, la qualité de la lettre de liaison à la sortie d'une hospitalisation, la prise en charge de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels, les réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie...) et les indicateurs spécifiques à certaines prises en charge : l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (IMA), l'accident vasculaire cérébral

(AVC), l'hémorragie du post-partum, l'hémodialyse et la chirurgie de l'obésité chez l'adulte.

Ce développement des indicateurs de qualité des soins s'est rapidement accompagné d'une mise à disposition de l'information pour le public. Cette diffusion, qui relève du *reporting*, vient utilement compléter celle de la mesure pour en démultiplier les effets (Pross *et al.*, 2017). La mise en place en 2012 du site Scope Santé fournit ainsi des informations provenant de l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière), de la HAS et de la DREES (Direction de la Recherche et des Etudes Economiques en Santé) sur la qualité des soins prodigués en établissement de santé et permet à tout individu d'accéder à une sélection de données d'activité et de qualité d'établissements de santé en France (Ministère des affaires sociales et de la santé *et al.*, 2013).

Les efforts importants consentis en France pour développer les indicateurs de processus ont ainsi permis de combler l'écart noté en 2008. Depuis 2013, l'effort porte sur le développement d'indicateurs de résultats, dont les avantages en matière de convergence des objectifs des parties prenantes ont été bien documentés à l'étranger.

### **2.2.2. Les avancées sur les indicateurs de résultats**

L'un des domaines dans lequel les progrès accomplis ont été les plus marqués, au cours des dix dernières années en France, est celui de la sécurité des soins, en prenant pour référence les « *Patient Safety Indicators* » développés aux Etats-Unis. Ont été développés des indicateurs basés sur des événements sentinelles ou critiques (comme les accidents liés à la transfusion, les erreurs de groupage sanguin, l'oubli de corps étrangers dans le champ opératoire), ou encore les complications opératoires

et postopératoires (embolies pulmonaires ou accidents d'anesthésie). Tel a été l'objectif du projet CLARTE (Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en santé) mis en place dans les années 2010-2012 afin de développer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de patients hospitalisés à partir de bases médico-administratives. A titre d'illustration, le PSI 12<sup>9</sup> permet le suivi des thromboses veineuses profondes ou d'embolies pulmonaires survenant après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou. Les travaux menés dans le cadre du projet CLARTE et par la HAS ont permis de valider la méthode de développement. L'indicateur dénommé ETE-ORTHO est désormais calculé pour les établissements de santé français concernés depuis fin 2016.

Plus récemment, la HAS a souhaité faire évoluer les indicateurs sur la thématique des infections associées aux soins, jusque-là essentiellement centrés sur les moyens mis à disposition et les processus de soins, pour développer des indicateurs de résultats, en lien avec le programme Proprias (Programme national d'action de prévention des infections associées aux soins). Ainsi, l'indicateur de résultat ISO-ORTHO informe sur les infections du site post-opératoire (ISO) post prothèse de hanche ou de genou (PTH ou PTG) 3 mois après l'opération, en utilisant les données du PMSI. Cet indicateur permet une surveillance renforcée des ISO en chirurgie orthopédique. En utilisant un graphique en entonnoir (*Funnel plot*), chaque établissement de santé peut comparer son résultat à la valeur cible (Haute Autorité de Santé, 2017). Forte de son expérience, la HAS développe à présent d'autres

travaux, comme les re-hospitalisation entre J1 et J3 d'une chirurgie ambulatoire.

Un autre exemple d'indicateur de résultats développé par la HAS est l'indicateur de maîtrise de l'anémie (ANE) en dialyse. Cet indicateur suit le nombre de patients pour lesquels une mesure de l'hémoglobine a été effectuée avant le début de la séance de dialyse dans les 2 derniers mois et le nombre de patients pour lesquels la valeur est comprise entre 9 et 13g/dl pour ceux sous agent stimulant de l'érythropoïèse (ASE) ou supérieur à 10 g/dl pour ceux sans ASE dans les 2 derniers mois. En effet, les ASE doivent être procurés à tous les patients souffrant d'une maladie rénale chronique et ayant un niveau d'hémoglobine constamment sous 11 g/dl (mesure à 2 mois), et lorsque toutes les autres causes d'anémie ont été exclues<sup>10</sup>. Une information synthétique sur les indicateurs de qualité utilisés en France est disponible en tableau en annexe.

Dès 2008, Or et Com-Ruelle notaient l'importance de « *mesure[r] la qualité des soins de santé du point de vue du patient et [d'] utilise[r] ce feedback pour améliorer la qualité du système de soins. Il [faut] travaille[r] avec les patients, les professionnels de santé et les décideurs pour promouvoir la compréhension de la perspective du patient à tous les niveaux de la politique et de la pratique des soins de santé. En France, il n'y a[vait] pas assez d'enquêtes et d'informations sur l'expérience des patients à l'hôpital notamment. Par exemple, la gestion de la douleur est un domaine prioritaire, pourtant peu d'informations [étaient] disponibles pour effectuer des comparatifs* ». Le développement des PROMS

<sup>9</sup> *Patient Safety Indicator* : indicateurs de la sécurité des soins à l'hôpital en Médecine / Chirurgie / Obstétrique (MCO) développés par l'AHRQ.

<sup>10</sup> Voir site : <https://www.has-sante.fr/>

et des PREMs en France ne s'est fait que très récemment par rapport à des pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas. En 2015, la HAS a commencé à s'intéresser principalement aux PREMs pour les soins dispensés dans les hôpitaux (puis en chirurgie ambulatoire), pour avoir le point de vue des patients sur la qualité des soins. Les indicateurs sur l'expérience et la satisfaction des patients ont été initialement mis en place par des enquêtes téléphoniques auprès des patients, supervisées par le Ministère de la Santé. Depuis 2015, le dispositif de mesure de l'expérience et de la satisfaction des patients a été transféré à la HAS<sup>11</sup>. Ceci a permis notamment de mettre en place avec l'ATIH un recueil par voie électronique. Ainsi, actuellement « e-Satis +48h MCO » et depuis 2017 « e-Satis chirurgie ambulatoire » qui appartiennent à la classe des PREMs permettent respectivement de mesurer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures dans un hôpital MCO pour des séjours de plus de 48 heures ou après une chirurgie ambulatoire. Dès la fin 2020, cette mesure sera aussi permise pour des soins de suite et réadaptation fonctionnelle. Les établissements de santé ont pour responsabilité de collecter les e-mails des patients, d'extraire les patients qui sont éligibles et de déposer l'information sur la plateforme e-Satis<sup>12</sup>. Les patients reçoivent 15 jours après leur sortie un mail leur proposant de répondre à un questionnaire sécurisé en ligne. La HAS, en collaboration avec l'ATIH, met ensuite à disposition des informations détaillées pour chaque établissement et un score de satisfaction globale et d'expérience permettant

aux établissements de se comparer entre eux. Depuis 2016, les résultats sont diffusés sur le site Scope santé. Quant aux PROMs, il est prévu de les développer prochainement (Desomer *et al.*, 2018), une première étape étant de mettre à disposition des professionnels des guides pour les aider à les utiliser.<sup>13</sup>

Enfin, l'une des dimensions manquantes pointée en 2008 par Or et Com-ruelle est le fait que : « *les décisions sur l'utilisation de ressources doivent prendre en compte de manière explicite la contribution des traitements aux résultats souhaités par rapport aux coûts.* ». Cette mesure de l'efficacité, qui est la mise en regard des moyens mobilisés et des résultats obtenus, ou encore, cette mesure de la valeur ajoutée des traitements, doit se faire à qualité comparable, ce qui repose sur la disponibilité de mesures de qualité. La mise à disposition croissante d'indicateurs de qualité, processus et résultats, permettra ainsi de comparer des interventions entre elles, en raisonnant véritablement « à qualité égale ».

La France semble donc avoir rattrapé son retard au cours des dix dernières années sur les indicateurs de mesure de la qualité des processus. Elle participe de plus en plus activement au mouvement international de mesure des résultats, notamment de qualité perçue par les patients (PROMs et PREMs), ce que Bras (2017) avait identifié comme l'une des conditions nécessaires au passage à la tarification à la qualité. Une autre condition était le recueil de la satisfaction et de l'expérience des professionnels de santé, ce qui, par contre, tarde à se mettre en place.

<sup>11</sup> Seuls les établissements de santé ayant une activité en MCO supérieure à 500 séjours de plus de 48 heures sur l'année N-1 ou de chirurgie ambulatoire ont l'obligation de participer à ce dispositif, la participation des autres établissements étant définie sur la base du volontariat.

<sup>12</sup> <https://www.has-sante.fr/>

<sup>13</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss\\_2019\\_aide\\_utilisation\\_proms\\_eds.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/iqss_2019_aide_utilisation_proms_eds.pdf)

### 3. DE LA MESURE DE LA QUALITÉ À SON USAGE POUR LA TARIFICATION ?

L'enjeu du passage de la mesure de la qualité à celui de son usage pour la tarification réside dans la difficulté d'attribuer à chaque partie prenante du processus de soins la responsabilité qui lui revient dans l'amélioration (ou la détérioration) de la qualité. Ce partage de responsabilité (de risque) réalisé par les modes incitatifs de tarification est en effet difficile à opérer. Si la tarification porte sur le processus, l'information colligée par les indicateurs risque d'être manipulée, sans que ceci puisse être aisément vérifié. Si elle porte sur les résultats, la relation complexe entre les facteurs de production de la santé et les résultats de santé rend l'exercice encore plus délicat. En effet, de nombreux facteurs autres que les soins influencent le résultat final, comme l'observance du traitement par le patient.

#### 3.1. Les *Quality Related Payments* à l'étranger

La plupart des pays de l'OCDE a aujourd'hui recours à un système de tarification des soins appelé paiement à la performance (*Payment for Performance* - P4P), dont l'objectif est d'inciter les producteurs de soins à améliorer certaines des dimensions constitutives de la performance dans les soins prodigués. Les avantages et inconvénients de ce type de rémunération incitative ont fait l'objet de nombreux travaux et synthèses. Plus récemment, un certain nombre de pays ont inclus de manière explicite des indicateurs de qualité, conduisant à conditionner la rémunération des offreurs de soins à l'atteinte de standards prédéfinis en matière de qualité. Ces *Quality Related Payments* se sont développés dans plusieurs pays sous deux formats 1) la définition d'incitations financières directes, qu'elles soient positives (sous

forme de bonus) ou négatives (sous forme de sanctions), 2) des incitations indirectes visant prioritairement une meilleure coordination des soins.

##### 3.1.1. *Des incitations financières directes*

Les incitations financières directes à la qualité ont d'abord été développées pour les producteurs de soins, sous forme de bonus dès lors qu'ils atteignent un niveau de référence, ou à l'inverse sous forme de sanctions si les standards de qualité définis au niveau national ne sont pas respectés, ou qu'un taux atteint pour un acte donné est trop élevé (ou trop bas) par rapport à une moyenne prédéfinie. Ainsi, au Royaume-Uni, les médecins généralistes sont rémunérés dans le cadre du QOF (*Quality Outcomes Framework*) à partir de plus de 140 indicateurs. Ces mesures s'appuient sur les *Best Practices Tariffs*, qui ont été introduits pour établir des pratiques médicales standards pour les groupes de séjours les plus fréquents, auxquels sont associés des tarifs qui reposent sur une évaluation des coûts de la pratique recommandée (Hirtzlin, 2017). Des mesures d'expérience patient sont également employées dans ces dispositifs de paiement à la performance. En Suède, des incitations financières sont versées par le gouvernement central et les gouvernements locaux, sur la base d'indicateurs tels que les temps d'attente nationaux, les services de prévention, l'expérience des patients, les transcriptions dans les registres nationaux (Sherry, 2016).

Plus récemment, les États-Unis ont développé des pénalités financières, dans le cadre du *Patient Protection and Affordable Care Act* développé en 2010, qui a conduit au déploiement du *Hospital Readmissions Reduction Program* (HRRP) en 2013. L'objectif est d'assigner des pénalités financières aux hôpitaux présentant des taux de réadmission

élevés par rapport à la moyenne, notamment en cardiologie. Des pénalités financières ont également été introduites en 2012 afin de réduire les réadmissions dans les 30 jours suivant une admission programmée ou en urgence, pour cause de crise cardiaque, infarctus du myocarde aigu et pneumonies. De même, lorsque les infections nosocomiales sont supérieures à un seuil défini, les hôpitaux sont pénalisés financièrement. Enfin, *Medicare* ne prend plus en charge les coûts de traitement pour les ulcères de pression survenant lors du séjour du patient (Kristensen, 2017). Le Royaume-Uni a aussi introduit des pénalités pour les réadmissions dès 2011. Les hôpitaux ne reçoivent plus de remboursement en cas de réadmission dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital après une admission programmée ou en urgence, lorsque le taux de réadmission dépasse le seuil défini. Seuls les services de cancérologie, de maternité et de pédiatrie ne sont pas soumis à ces pénalités financières. De même, le National Health Service (NHS) ne rembourse plus l'établissement de santé pour les patients décédant ou subissant des blessures importantes suite à une mauvaise administration d'insuline par les professionnels de santé (Kristensen, 2017).

Toutefois, les sanctions financières peuvent entraîner des effets inattendus. Ainsi, à New-York, il a été constaté que la réduction des réadmissions dans les hôpitaux, suite à la mise en place du programme HRRP, s'est accompagnée d'une plus grande utilisation des services d'urgence après la sortie des patients lors de leur première admission (McGarry *et al.*, 2016). En outre, une partie de la réduction des réadmissions n'est pas directement imputable au dispositif lui-même. En effet, dans la mesure où ce modèle de tarification est imparfaitement ajusté à la sévérité des maladies ou à la complexité des interventions médicales, il pénalise plus fortement les hôpitaux dont le recrutement se fait prioritairement sur des

patients plus vulnérables, affectés de pathologies plus lourdes et nécessitant donc des soins plus complexes. Par exemple, les réadmissions pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque semblent avoir diminué, mais la mortalité, 30 jours après une hospitalisation chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque a augmenté. Ainsi, il a été estimé que 5 008 décès par insuffisance cardiaque ayant eu lieu en 2014, étaient potentiellement associés à la mise en place du programme, bien que ces décès ne puissent pas tous être imputables au HRRP. De plus, les hôpitaux qui n'ont pas amélioré leur taux de réadmission et qui ont donc subi des pénalités plus importantes, font face à une hausse du taux de mortalité à 30 jours après un infarctus du myocarde plus importante, et également à 90 jours après l'événement (Fonarow *et al.*, 2017). Si les pénalités financières peuvent s'avérer efficaces pour maîtriser les coûts, il est nécessaire d'approfondir les recherches pour conclure sur l'efficacité réelle de ces programmes (Kristensen, 2017) et de pouvoir distinguer, dans la baisse des taux de réadmission, ce qui relève de différences de case mix d'une amélioration réelle de la qualité des soins.

Outre la sélection de patients, les incitations financières directes risquent d'encourager les pratiques d'*upcoding* (Fonarow *et al.*, 2017), à savoir le choix stratégique du groupe homogène de malades qui permettra une meilleure valorisation pour l'établissement (Milcent, 2016).

Certains auteurs ont également montré que faire porter les incitations sur un grand nombre d'indicateurs de qualité peut s'avérer inefficace, dès lors que des effets de compensation peuvent intervenir entre ces différentes dimensions. Choisir un nombre plus réduit d'indicateurs limite certes la portée des incitations à la qualité, mais réduit ce risque. Lorsque plusieurs mesures de qualité font l'objet d'incitations financières

directes, les interactions entre les processus de production des différents services de santé doivent donc être prises en compte de manière explicite (Sherry, 2016).

### 3.1.2. Les incitations financières indirectes

La notion de *Value-Based Health Care* – VBHC développée par Michael Porter (Porter, 2010) souligne l'importance d'apprécier les bénéfices (le résultat), du point de vue du patient, rapportés aux coûts. Cette définition de la valeur, centrale en économie mais éclipsée en santé par une focalisation sur les seuls coûts, enrichit la perspective mais elle complexifie la définition des schémas incitatifs de rémunération. Il est en effet plus facile de mesurer les ressources mobilisées lors d'une intervention médicale (indicateurs de processus) plutôt que la valeur engendrée par cette intervention. Selon Porter, mesurer, rendre compte et comparer les résultats sont potentiellement les étapes les plus importantes pour les améliorer rapidement et faire les bons choix en matière de réduction de coûts. L'optique retenue est de mettre en place des modèles de paiement fondés sur cette notion de valeur, en s'articulant de manière préférentielle autour de l'épisode de soins.

Le modèle initial de paiement à l'épisode de soins (EDS) a été développé par le centre d'innovation de *Medicare* et *Medicaid* dès 2011, sous le nom de *Bundled Payments for Care Improvement* (BPCI). Ce programme<sup>14</sup> vise à instaurer un système de santé de meilleure qualité avec des soins mieux coordonnés tout en maîtrisant les dépenses (Althausen et Mead, 2016 ; Hardin *et al.*, 2017). Ce financement repose sur la rémunération forfaitaire d'un ensemble d'acteurs participant à la prise en

charge d'un patient au sein d'un épisode de soins, d'une pathologie ou d'une séquence de soins donnée, en ambulatoire comme à l'hôpital. Les offreurs de soins doivent se coordonner entre eux pour se répartir le financement forfaitaire versé pour l'épisode de soins. Un contrat est réalisé entre le payeur qui évalue préalablement les coûts d'un épisode de soins spécifique à partir de recommandations de bonnes pratiques, d'opinions d'experts, avec les bases de données médico-administratives disponibles. L'enjeu est d'améliorer la qualité des prises en charge, diminuer les complications, permettre la sortie rapide et sécurisée de l'hôpital et améliorer la satisfaction des patients. Le forfait dépend des résultats obtenus selon des indicateurs de qualité ; un financement supplémentaire peut être attribué aux cas coûteux lors de complications inévitables. Le BPCI a ainsi pour objectif d'accroître l'efficacité de la prise en charge, par l'amélioration de la qualité des services offerts, et le cas échéant, la réduction des coûts par la suppression de soins non pertinents (Ammi et Fortier, 2017).

Un dispositif de ce type a été mis en place aux Pays-Bas : en 2007, un premier modèle de paiement à l'épisode de soins a concerné la prise en charge des diabètes de type 2, puis peu de temps après, la prise en charge de la BPCO et la gestion du risque vasculaire. A partir de 2015, des modèles similaires ont été instaurés pour la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement (Struijs, 2015). En Suède, les premiers paiements à l'épisode de soins à être instaurés en 2009 concernaient la chirurgie de la cataracte et les opérations de remplacement de la hanche et du genou. Le système de paiement à l'épisode de soins pour les chirurgies de la hanche et du genou, appelé *OrthoChoice* incluait

<sup>14</sup> <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/bundled-payments-care-improvement-initiative-bpci> and <https://innovation.cms.gov/innovation-models/bpci-advanced#measures>

toutes les phases de traitement, de diagnostic, la chirurgie et l'ensemble des soins post-opératoires, la prothèse et le suivi des patients. La région de Stockholm utilise également un schéma de rémunération semblable pour la prise en charge des pathologies liées à la colonne vertébrale (paiement pour la prise en charge complète, fondé sur le résultat et ajusté au risque, et une couverture du coût des complications par l'équipe soignante jusqu'à 2 ans après la prise en charge) (Pross *et al.*, 2017). En Suisse, un modèle de rémunération à l'épisode de soins a été instauré pour les spécialistes libéraux en 2012. Les spécialistes ne reçoivent qu'un seul paiement qui doit couvrir tous les coûts du séjour du patient ainsi que les services médicaux, et les réadmissions dans les 18 jours après la sortie de l'hôpital. Les médecins doivent négocier leur rémunération directement avec l'établissement, sur la base d'une nomenclature des honoraires (Quentin *et al.*, 2018).

Les évaluations récentes du modèle BPCI de Medicare aux Etats-Unis (Navathe *et al.*, 2020) tendent à montrer que, comparé au groupe contrôle, pour les trois années d'évaluation du programme, la participation au BPCI est associée à une réduction de 1,6% de la durée de l'épisode de soins pour la chirurgie des membres inférieurs, sans changement notable de la qualité. Au-delà, une récente revue de littérature systématique (Agarwal *et al.*, 2020) permet de comparer les effets du paiement à l'EDS par rapport au paiement à l'acte. Sur vingt études retenues, les résultats indiquent que le paiement à l'EDS permet de maintenir, voire d'améliorer la qualité tout en réduisant les coûts pour une la chirurgie des membres inférieurs. Mais les auteurs montrent que ces résultats ne

sont pas nécessairement transférables à d'autres pathologies, ce qui souligne toute la difficulté du passage à plus grande échelle.

### **3.2. Les incitations financières à la qualité en France**

#### **3.2.1. Rémunération de la qualité sur les indicateurs de processus**

L'introduction de programmes volontaires de paiement à la performance en France a rencontré initialement des réticences de la part des médecins généralistes. Toujours sur base volontaire, intégrés dans la convention médicale nationale à partir de 2009, ces réticences ont été progressivement levées (Ammi et Fortier, 2017). La première étape, sous forme de contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), a consisté en une rémunération complémentaire versée aux médecins généralistes, sur la base d'indicateurs de processus. En 2012, le passage à la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) permet d'augmenter le nombre de contrats signés (passant de 12 000 à 15 000) et d'inclure de nouveaux indicateurs. En 2012, la rémunération incitative est définie pour deux thématiques : l'organisation du cabinet médical et la qualité de la pratique médicale, comprenant elle-même le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience<sup>15</sup>. En 2016, 17 nouveaux indicateurs sont introduits pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des référentiels médicaux. L'accent est mis sur la prévention, avec un nouvel indicateur sur le dépistage du cancer colorectal ou l'incitation au sevrage tabagique. En 2020, la rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'adulte, annuelle et ouverte à tout

<sup>15</sup> Fiche éclairage extraite du rapport technique de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (septembre 2013).

médecin traitant libéral et conventionné, permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée. Elle repose sur 29 indicateurs de pratique clinique sont compris dans la ROSP, dont 8 indicateurs de suivi des pathologies chroniques : 12 indicateurs de prévention et 9 indicateurs d'efficience. Des guides méthodologiques sont mis à disposition des médecins traitants<sup>16</sup>.

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR), introduite en 2009, vient compléter le dispositif incitatif en ciblant les maisons de santé et les centres ou pôles de santé. L'objectif était d'améliorer l'organisation des soins, de permettre aux patients de bénéficier de nouveaux services, en attribuant des incitations financières aux structures de travail collaboratives. Grâce à la liberté d'usage des fonds, ces structures sont en capacité d'offrir de meilleures conditions de travail aux jeunes médecins et d'encourager la collaboration entre professionnels de santé. Depuis 2015, cette rémunération complémentaire représente 5% du revenu total de la structure de soins participant à l'expérimentation. L'ENMR a été étendue aux maisons de santé pluri-professionnelles en 2015 et leur permet de recevoir des bonus fixes pour des activités requises et des bonus variables pour des activités optionnelles. Une évaluation de la mise en place de l'ENMR a montré que les résultats sur la performance des généralistes ont été améliorés sur la plupart des indicateurs de qualité. Les structures médicales pluri-professionnelles semblent donc favoriser

l'amélioration des pratiques par rapport à l'exercice médical isolé (Mousquès, 2015).

Le dispositif IFAQ (Incitation Financière A la Qualité), développé dans le cadre du projet Compaqh (COordination de la Mesure de la Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, présenté ci-après) et initialement piloté par la HAS et la DGOS, est également un système de rémunération complémentaire visant à promouvoir l'amélioration de la qualité des soins des établissements de santé français (Minvielle et Kimberly, 2005). La première phase d'expérimentation de ce dispositif s'est déroulée entre 2012 et 2014, suivie d'une deuxième phase avec un nombre plus important d'établissements. A partir de 2016, IFAQ a été généralisé au secteur MCO couvrant 2138 établissements de santé, puis au secteur SSR en 2017 avec 3037 établissements. Ce projet vise à établir un modèle pour rémunérer les établissements de santé par rapport à différentes dimensions de qualité (les indicateurs de qualité et sécurité des soins de la HAS dont l'expérience et la satisfaction des patients, la certification de la HAS, l'informatisation des établissements de santé). Un score IFAQ est calculé par l'ATIH à partir de résultats provenant de ces mesures nationales. La mesure prend en compte à la fois l'atteinte des résultats par les établissements et l'effort consenti (évolution constatée). Les indicateurs utilisés dans le dispositif sont déjà recueillis par les établissements<sup>17</sup> (Fourcade *et al.*, 2017). Ce dispositif fait appel à des incitatifs financiers sans pénalités pour les établissements obtenant les moins bons résultats. Le complément de rémunération est défini à partir

<sup>16</sup> [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/490575/document/rosp\\_2019\\_endocrinologues\\_guide\\_methologique\\_assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/490575/document/rosp_2019_endocrinologues_guide_methologique_assurance_maladie.pdf)

<sup>17</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissementde-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medicosociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq>



du score de qualité et les recettes de la T2A des établissements<sup>18</sup>.

Si le dispositif IFAQ repose encore majoritairement sur des indicateurs de processus, des indicateurs de résultats ont été introduits depuis 2018, comme ETE-ORTHO (Événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche – hors fracture – ou de genou). Par ailleurs, afin d’inclure l’expérience patient dans le dispositif, les deux indicateurs e-Satis ont été introduits.

Ceci permet de mieux approcher la notion de valeur, telle que définie par Porter (2010) sous le concept de *Value Based Health Care* (VBHC), seule à même d’aligner les objectifs de l’ensemble des acteurs. De même, il est apparu essentiel de renforcer la communication et la pédagogie autour du dispositif. L’implication de l’ensemble des acteurs est en effet indispensable pour que le programme ait un effet sur la qualité (Girault *et al.*, 2017). Enfin, il est prévu d’étendre IFAQ à d’autres secteurs comme la psychiatrie. Ce dispositif a fait l’objet de premières évaluations qui ont montré un impact limité, lié à la fois au manque de communication sur le dispositif, mais aussi à la faible envergure des paiements (Fourcade *et al.*, 2017). Il demeure néanmoins récent et les améliorations de qualité susceptibles d’en découler se feront sur le long-terme (Girault *et al.*, 2017).

### **3.2.2. Les perspectives ouvertes par l’article 51**

Le rapport Véran (Véran, 2016b) a ouvert la voie en matière de réforme du système de rémunération des producteurs de soins. Selon

les conclusions du rapport, les nouveaux modes de tarification devront se baser sur 3 piliers, i.e. le recueil de l’expérience patient (réalisé avec l’enquête e-satis depuis fin 2016), le recueil de l’expérience des soignants (recueil des appréciations sur les conditions de travail et la qualité des soins) et des indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats. Depuis, la réorganisation du système de financement s’articule autour de : 1) l’évolution de la tarification hospitalière vers le financement au séjour, pour des séjours ponctuels et sans complications ; 2) le financement à l’épisode de soins pour les actes chirurgicaux lourds et les soins médicaux importants ; 3) le financement au parcours de soins pour la prise en charge des pathologies chroniques nécessitant l’intervention de plusieurs acteurs ; le renforcement de la prise en compte de la qualité dans les modèles de financement. Ainsi, la LFSS 2018 dans son article 51 ouvre la possibilité d’expérimenter des modalités dérogatoires de financement et de paiements basés sur la qualité, la sécurité ou l’efficacité des soins. Les expériences peuvent être d’initiatives régionales et locales ou basées sur des cahiers des charges nationaux. Celles-ci peuvent être explicitement inspirées du modèle de *Bundled payment* (Rachet-Jacquet *et al.*, 2017), ou du modèle ACO (*Accountable Care Organizations*) dont la transposition à la France a fait l’objet d’un rapport (Lemaire, 2017).

Le paiement à l’épisode de soins (EDS) a pour objectif, à travers un forfait global, d’améliorer les soins que reçoivent les patients lors d’un épisode de soins donné, de concrétiser la coordination entre les acteurs de la prise en charge et de maîtriser les dépenses. Dans les appels à manifestation d’intérêt (AMI)

<sup>18</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ifaq\\_livret\\_pedagogique.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ifaq_livret_pedagogique.pdf); <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/qualite-dans-les-etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/incitation-financiere-a-l-amelioration-de-la-qualite-ifaq>

nationaux, plusieurs modèles d'épisodes de soins chirurgicaux ont été retenus (Prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou, colectomie pour cancer colorectal). Les cahiers des charges nationaux ont été construits avec les acteurs ; une enveloppe forfaitaire sera répartie entre les acteurs de soins participant à l'épisode de soins selon 3 axes : 1) des indicateurs de description et de suivi des EDS (indicateurs d'activité, indicateurs de qualité comprenant des indicateurs de processus et de résultats...); 2) des indicateurs pour la forfaitisation (peu d'indicateurs seront retenus car ils doivent être suffisamment robustes et respecter les critères de bonne qualité métrologique, de discrimination, de faisabilité...); 3) des indicateurs d'évaluation du projet (questionnaire spécifique à l'épisode de soins). Un questionnaire d'expérience patient sera également développé avec des PREMs génériques à l'EDS. En complément, les professionnels qui le souhaitent seront encouragés à utiliser des PROMS, avec l'appui d'un guide HAS développé à cet effet.

Deux expérimentations s'inspirent du modèle ACO : l'incitation à une prise en charge partagée (IPEP) et le paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS). L'objectif d'IPEP est de décloisonner les acteurs de santé à l'échelle des territoires avec un « intéressement » collectif (valorisé sur la qualité du service rendu au patient et sur l'expérience et la satisfaction du patient) pour la prise en charge partagée. Ce projet vise à améliorer le service rendu au patient par une meilleure organisation territoriale incluant une structuration des soins de ville et un décloisonnement des acteurs entre secteurs sanitaire, social et médico-social, notamment par la constitution de groupements d'acteurs de santé. L'expérimentation PEPS vise à tester une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation et

dans sa répartition. Ces deux dispositifs seront également accompagnés de questionnaires d'expérience patient.

## CONCLUSION

La mesure de la qualité des soins et les incitations à produire des soins de haute qualité ont fortement évolué au cours de la dernière décennie, à l'étranger comme en France. La recherche d'une plus grande performance des systèmes de santé risque de s'opérer au détriment de la qualité ou de l'accessibilité des soins, effets délétères qu'il importe de contrer.

En matière de mesure, les indicateurs de processus sont à présent fréquemment combinés à des indicateurs de résultats, tout particulièrement ceux qui s'avèrent les plus importants du point de vue du patient, grâce au développement des PREMs et des PROMS. Cependant, alors même que les conditions de travail des professionnels de santé sont déterminantes de la qualité des soins, peu de recueils de la satisfaction ou de l'expérience des professionnels de santé sont aujourd'hui effectués, à l'étranger comme en France.

De nombreuses expérimentations de tarification incitative ont vu le jour, comportant soit des incitations financières directes à la qualité, sous forme de bonus ou de sanctions, soit des incitations financières indirectes à la qualité, par le soutien de changements organisationnels favorables à la coordination des soins. Les modèles les plus novateurs se rapprochent ainsi des dispositifs de paiement à l'épisode de soins (*Bundled payments*) ou des ACO (*Accountable Care Organisations*) et visent à associer de manière plus étroite l'ensemble des acteurs de soins à un objectif partagé d'amélioration de la qualité des soins. Ces dispositifs incitatifs font en France l'objet de nombreuses

expérimentations soutenues par l'article 51 et l'évaluation qui en est prévue devrait permettre de mesurer leur efficacité et de définir les conditions de leur généralisation.

## RÉFÉRENCES

- [1] Agarwal, R., Liao J.M., Gupta A., and Navathe A.S. (2020). «The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review», *Health Affairs* 39, N° 1 (2020): 50–57.
- [2] Aubert J.M. (2019). « Réforme des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné », rapport de la task force à la Ministre des solidarités et de la santé « Réforme du financement du système de santé », Février.
- [3] Althausen, Peter L. et Lisa Mead (2016). « Bundled Payments for Care Improvement: Lessons Learned in the First Year ». en. In : *Journal of Orthopaedic Trauma* 30, S50–S53. issn: 0890-5339.
- [4] Ammi, Mehdi et Grant Fortier (2017). « The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review ». en. In : *Social Science & Medicine* 178, p. 157–166. issn : 02779536.
- [5] Bras P.L. (2017). « Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins », *JGES*, vol. 35, n°6, p. 245-263.
- [6] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) (2018). *La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique en 2018 - Bilan a' un an du nouveau dispositif - Dossier de presse*.
- [7] Chazapis, M. et al. (2018). « Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review ». en. In: *British Journal of Anaesthesia* 120.1, p. 51–66. issn : 00070912.
- [8] Delnoij, Diana MJ, Jany JDJM Rademakers et Peter P. Groenewegen (2010). « The Dutch Consumer Quality Index: an example of stakeholder involvement in indicator development ». In: *BMC Health Services Research* 10.1, p. 88. issn: 1472-6963.
- [9] Desomer, Anja et al. (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy*. en. Rapp. tech. 303. Brussels: Health Services Research (HSR): Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), p. 151.
- [10] Donabedian, Avedis (1997). « Special article: The quality of care : How can it be assessed? » en. In: *ProQuest Nursing Journals*. Archives of Pathology & Laboratory Medicine 121.11, p. 6.
- [11] Ellis, Randall P. et Thomas G. McGuire (1996). « Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects ». en. In: *Journal of Health Economics* 15.3, p. 257–277. issn: 01676296.
- [12] Farquhar, Marybeth (2008). « AHRQ quality indicators ». In : *Patient Safety and Quality : An Evidence-Based Handbook for Nurses*. 45. Ronda G Hughes, p. 3–67.
- [13] Fonarow, Gregg C., Marvin A. Konstam et Clyde W. Yancy (2017). « The Hospital Readmission Reduction Program Is Associated With Fewer Readmissions, More Deaths ». In: *Journal of the American College of Cardiology* 70.15, p. 1931–1934. issn: 0735-1097.
- [14] Fourcade, A. et al. (2017). « Bilan de l'expérimentation Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) : vers le modèle de généralisation ». fr. In : *Journal de gestion et d'économie médicales* 35.6, p. 265. issn : 2262-5305, 2270-2504.
- [15] Fujisawa, Rie et Nicolaas S. Klazinga (2017). *Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016*. en. OECD Health Working Papers 102.
- [16] Girault, Anne et al. (2017). « Implementing hospital pay-for-performance: Lessons learned from the French pilot program ». en. In: *Health Policy* 121.4, p. 407–417. issn : 01688510.
- [17] Hardin, Laurant, Adam Kilian et Elizabeth Murphy (2017). « Bundled Payments for Care Improvement : Preparing for the Medical Diagnosis-Related Groups ». en. In : *JONA : The Journal of Nursing Administration* 47.6, p. 313–319. issn : 0002-0443.
- [18] Haute Autorité de Santé (HAS) (2017). *Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Infections associées aux soins - Campagne nationale 2017 – Données 2016*. Rapp. tech., p. 62.
- [19] Hirtzlin, Isabelle (2017). « Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions ». fr. In : *Journal de gestion et d'économie médicales* 35, p. 81–92.

- [20] Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) (2015). *Document d'information sur les PROM*.
- [21] Kampstra, N.A., Zipfel, N., van der Nat, P.B. *et al.* Health outcomes measurement and organizational readiness support quality improvement: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 18, 1005 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3828-9>
- [22] Kristensen, Søren Rud (2017). « Financial Penalties for Performance in Health Care : Editorial ». en. In : *Health Economics* 26.2, p. 143–148. issn : 10579230.
- [23] Lemaire, Natacha (2017). « Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux Etats-Unis ». In: *Une* 1, p. 2.
- [24] MacLeod, W Bentley et James M Malcomson (1989). « Implicit Contracts, Incentive Compatibility, and Involuntary Unemployment. » In: *Econometrica* 57.2. Sous la dir. de, p. 447–480.
- [25] Mainz, J. (2003). « Defining and classifying clinical indicators for quality improvement ». en. In : *International Journal for Quality in Health Care* 15.6, p. 523–530. issn : 1353-4505, 1464-3677.
- [26] Mainz, Jan, Solvejg Kristensen et Paul Bartels (2015). « Quality improvement and accountability in the Danish health care system ». en. In: *International Journal for Quality in Health Care* 27.6, p. 523–527. issn : 1353-4505, 1464-3677.
- [27] Mant, J. (2001). « Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care ». en. In: *International Journal for Quality in Health Care* 13.6, p. 475–480. issn : 13534505, 14643677.
- [28] McGarry, Brian E., Albert A. Blankley et Yue Li (2016). « The Impact of the Medicare Hospital Readmission Reduction Program in New York State: » en. In: *Medical Care* 54.2, p. 162–171. issn : 0025-7079.
- [29] Milcent, Carine (2016). *Upcoding and heterogeneity in hospitals' response: A Natural Experiment*. PSE Working Papers halshs-01340557. HAL.
- [30] Minvielle E, Kimberly J.(2005) Measuring and Managing quality in Hospitals: lessons from a French experiment. *Advances in Health Care Management*, JAI Press Inc, Greenwich, 5, 247-272
- [31] Ministère des affaires sociales et de la santé, HAS et ATIH (2013). *Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé : résultats annuels des indicateurs et lancement du site d'information public - Scope Santé - Conférence de presse du 28 novembre 2013*.
- [32] Mousquès, J. et Daniel L F. (2015). « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » FRE. In : *QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)* 211, p. 1–6. issn :1283-4769
- [33] Navathe, A.S., Ezekiel J. Emanuel, Atheendar S. Venkataramani, Qian Huang, Atul Gupta, Claire T. Dinh, Eric Z. Shan, Dylan Small, Norma B. Coe, Erkuan Wang, Xinshuo Ma, Jingsan Zhu, Deborah S. Cousins, and Joshua M. Liao (2020). *Spending And Quality After Three Years Of Medicare's Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery*, *Health Affairs* 39, N° 1 (2020): 58–66.
- [34] OECD (2017). *Recommendations To OECD Ministers Of Health From The High Level Reflection Group On The Future Of Health Statistics - Strengthening the international comparison of health system performance through patientreported indicators*. Rapp. tech.
- [35] Or, Zeynep et Laure Com-Ruelle (2008). « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? » fr. In: *IRDES* 19, p. 18. issn :2102-6386.
- [36] Organisation mondiale de la santé (OMS) (2000). *RAPPORT SUR LA SANTE DANS LE MONDE 2000 - Pour un système de santé plus performant*. Rapp. tech. Genève, p. 237.
- [37] Porter, Michael E. (2010). « What Is Value in Health Care? » In: *New England Journal of Medicine* 363.26, p. 2477–2481.
- [38] Pross, Christoph, Alexander Geissler et Reinhard Busse (2017). « Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability: Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations ». en. In: *The Milbank Quarterly* 95.1, p. 136–183. issn : 0887378X.
- [39] Quentin, Wilm *et al.* (2018). « Paying hospital specialists: Experiences and lessons from eight high-income countries ». en. In : *Health Policy* 122.5, p. 473– 484. issn : 01688510.

- [40] Rachet-Jacquet, Laurie, Lise Rochaix et Marc-Antoine Sanchez (2017). « Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins ». fr. In : *Hospinnomics*, p. 15.
- [41] Roland, Martin et Bruce Guthrie (2016). « Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? » en. In : *BMJ*, p. i4060. issn: 1756-1833.
- [42] Sherry, Tisamarie B. (2016). « A Note on the Comparative Statics of Pay-for-Performance in Health Care: The Comparative Statics of Pay-for-Performance in Health Care ». en. In : *Health Economics* 25.5, p. 637–644. issn : 10579230.
- [43] Struijs, Jeroen en (2015). « How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands ». en. In : *Harvard Business Publishing*, p. 3.
- [44] Thomson, R. (2004). « UK Quality Indicator Project(R) (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development ». en. In: *International Journal for Quality in Health Care* 16. suppl\_1, p. i51–i56. issn: 1353-4505, 1464-3677.
- [45] Véran, Dr Olivier (2016a). *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*. fr. Rapp. tech., p. 132.
- [46] Véran, Olivier (2016b). *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé - rapport d'étape*. Rapp. tech.
- [47] Wollersheim, H *et al.* (2007). « Clinical indicators: development and applications ». en. In: *The Netherlands journal of medicine* 65.1, p. 8.