

Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif : comportements des établissements de santé français face au paiement à la performance (P4P)

Between the Dynamics of Quality of Care Improvement and the Administrative Conformity: Behaviours of Participating Hospitals in the French Pay-for-Performance (P4P) Program



ANNE GIRAULT, MSC

*Doctorant, Ingénieure d'études, Chaire de recherche « Prospective en Santé » – EHESP /MNH-BFM
Rattachée à l'équipe « Management des Organisations de Santé (EA 7348) »
École des Hautes Études en Santé Publique
Paris, France*

CHLOÉ GERVÈS-PINQUIÉ, PHD

*Économiste, Institut de recherche en santé respiratoire des Pays de la Loire
Angers, France*

JEAN-CLAUDE MOISDON, PHD

*Chercheur associé à l'équipe « Management des Organisations de Santé (EA 7348) »
École des Hautes Études en Santé Publique
Paris, France*

ÉTIENNE MINVIELLE, MD, PHD

*Directeur de l'équipe de recherche « Management des Organisations de Santé (EA 7348) »
École des Hautes Études en Santé Publique
Paris, France*

Résumé

Le paiement à la performance (P4P) continue de se développer dans les systèmes de santé des pays industrialisés, malgré des preuves encore assez limitées de son efficacité. Cette étude propose de comprendre le comportement des établissements de santé face à ce nouveau mode de paiement en se basant sur l'expérimentation de P4P hospitalier conduite en France. Nous avons, pour cela, combiné une approche quantitative basée sur un questionnaire auprès des établissements participants et une analyse qualitative dans neuf établissements afin de mieux identifier les processus à l'œuvre. L'étude montre que des actions correctives ont été réalisées dans certains établissements mais que les effets du programme sur l'organisation restent en fait assez limités puisqu'ils s'opèrent davantage à la marge. Les comportements semblent être essentiellement le reflet d'une volonté de conformation des organisations aux attentes de la tutelle, sans transformations organisationnelles majeures. Il sera toutefois intéressant de voir comment des perceptions différentes structurent ces comportements sur le long terme.

Abstract

The pay-for-performance (P4P) model continues to develop in the health systems of the industrialised countries, despite the limited evidence of its effectiveness. The goal of this study is to understand the behaviours of hospitals in this new payment model, based on the pilot project conducted in France. To do this, we combined a questionnaire-based quantitative approach with participating institutions and a qualitative analysis of nine facilities to better identify the processes at work. The study shows that corrective actions have been taken in some institutions but the impacts of the program on the organization are, in fact, quite limited since they occur more in the margin. It seems that the behaviours essentially reflect a will of conformation to the authority from the part of the organizations, without major organizational changes. However, it will be interesting to see how the different perceptions will structure the behaviours in the long-term.

Introduction

Le paiement à la qualité, ou paiement à la performance (P4P), s'est largement diffusé ces 10 dernières années dans les systèmes de santé des pays développés (Cashin et al. 2014). Ce nouveau mode de financement consiste à inciter les fournisseurs de soins à améliorer la qualité des soins en distribuant des bonus ou des pénalités financières en fonction de leurs résultats à un certain nombre d'indicateurs de qualité. L'hypothèse, tirée de la théorie économique, est que les incitations financières permettraient d'encourager des comportements « vertueux » qui engendreraient une augmentation plus rapide de la qualité des soins (Glied et Miller 2015). En France, ce mécanisme incitatif a d'abord concerné les médecins généralistes puis s'est progressivement étendu à la sphère hospitalière. Seulement, l'efficacité de ce dispositif a rarement été démontrée dans la littérature (Busse 2016; Eijkenaar 2012; Mendelson et al.

2017; Ogundeji et al. 2016). Ainsi, pour mieux appréhender son impact, plusieurs auteurs préconisent d'étudier, plus précisément, les comportements des établissements de santé en réponse à cette instrumentation initiée par les tutelles (McDonald 2014; McDonald et al. 2015; McHugh et Joshi 2010).

Pour caractériser ces comportements, la théorie de l'agence, s'appuyant sur le principe d'une relation entre un principal (ici, le payeur) et un agent (l'hôpital), est un référentiel dominant (Claveranne et al. 2007). Cette théorie considère la question des comportements des établissements face à une incitation économique comme le résultat d'un arbitrage entre le gain espéré et le coût de l'effort pour l'obtenir (Blomqvist 1991; Eijkenaar 2013; Trybou et al. 2015). D'autres théories issues des théories des organisations précisent davantage l'influence qu'aurait l'environnement sur les stratégies des établissements (Burnett et al. 2015; Pfeffer et Salancik 1977). L'adaptation des organisations à l'environnement serait effectivement plus complexe à appréhender puisque cela ne se limiterait plus à satisfaire les demandes d'un « principal » unique mais plutôt à répondre à des pressions institutionnelles plus larges provenant notamment d'organes de régulation, mais aussi d'organisations en position de leadership ou bien encore de la société dans son ensemble. Cet éclairage permettrait de rendre compte de la richesse des comportements des agents, les dirigeants s'attachant à prendre les décisions les plus adaptées aux caractéristiques de l'environnement dans son ensemble. Fray (2009) considère, à ce titre, le comportement de l'hôpital comme la résultante de deux modes de gouvernance distincts : un mode de gouvernance externe et un mode de gouvernance interne (Fray 2009). Le mode de gouvernance externe correspond aux relations entre les tutelles (Ministère, ARS, agences gouvernementales) et l'hôpital. Ce mode permettrait de gérer la situation de dépendance très forte de l'organisation hospitalière vis-à-vis du régulateur qui contrôle ses activités (autorisations d'exercer, niveaux d'activité, décisions de fusions, ...) ainsi que les ressources financières qui en découlent. Le mode de gouvernance interne consisterait, lui, en un partage des responsabilités entre la direction et les sphères médico-soignantes, dans la production des soins.

Ce cadrage nous servira ainsi de référence pour mieux comprendre comment les établissements de santé français ont répondu au P4P. Notre étude se base, en effet, sur l'expérience du P4P dans les établissements de santé français. Ce programme, nommé Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), prévoyait de verser un bonus aux établissements qui obtiendraient le meilleur score sur des indicateurs de processus préalablement sélectionnés (Tableau 1). Menée sous l'égide du ministère de la Santé et de la Haute Autorité de santé (HAS), la première expérimentation (IFAQ1) a vu le jour en 2012, suivie d'une seconde expérimentation (IFAQ2) en 2015. Ces deux expérimentations ont permis le développement d'un « paiement à la qualité » généralisé à l'ensemble des établissements de santé français à partir de 2016 (Ferrua et al. 2015).

TABLEAU 1. Programme IFAQ2

IFAQ2*	2015
	440 établissements de santé, tous statuts confondus
Type d'incitation	Uniquement des bonus, attribués en fonction du score obtenu
	176 hôpitaux récompensés
Taille de l'incitation	Entre 0,3 % et 0,5 % du budget annuel de l'établissement
	Primes allant de 50 k€ – 600 k€
Mesures	Indicateurs de processus uniquement • Pratiques cliniques (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie du post partum, hémodialysés chroniques) • Informatisation du dossier patient • Certification des hôpitaux par la Haute Autorité de santé • Satisfaction du patient • Infections nosocomiales
	Score agrégé prenant en compte niveau atteint et évolution, si applicable

* Pour plus d'informations sur le modèle : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/ifaq2_doc_info_29_01_2016_vf.pdf

Ce programme a-t-il amené à une modification des modes d'organisation internes de l'établissement ou, au contraire, est-ce que les établissements se sont contentés de s'accommoder à cette nouvelle règle du jeu sans trop les modifier et ainsi « soigner » les relations avec les tutelles ? Cette étude propose une analyse du comportement des établissements ayant participé à IFAQ2. Cela permettra de voir si les établissements, une fois passée la première phase d'expérimentation (IFAQ1), initient réellement des actions correctives leur permettant d'améliorer la qualité des soins au sein de leur établissement.

Méthodes

Design de l'étude

Notre analyse, conduite en 2016, porte sur les établissements ayant participé à la deuxième phase de l'expérimentation IFAQ (IFAQ2) qui a eu lieu en 2015. Le design des programmes de P4P pouvant être très différent d'un pays à l'autre, nous présentons les caractéristiques principales du programme français (Tableau 1) (Werner et Dudley 2009).

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons choisi de réaliser une méthode mixte combinant de manière séquentielle une approche quantitative puis une analyse qualitative permettant ainsi une triangulation des données (Royer et Zarlowski 2014). Cette méthode est d'ailleurs préconisée pour analyser les démarches d'amélioration de la qualité en santé (Portela et al. 2015). L'objectif était avant tout de décrire, dans sa globalité, les différents comportements adoptés par les établissements face au dispositif IFAQ et d'identifier différents profils d'établissements, plus ou moins sensibles aux programmes de P4P tels qu'IFAQ.

Recueil de données

Notre étude s'appuie, en premier lieu, sur les données d'une enquête par questionnaire, menée auprès des directions des établissements participant à IFAQ2, dont la finalité était de mieux comprendre l'expérience du P4P dans ces établissements. La direction générale, le président de la commission médicale d'établissement (CME), la direction qualité ainsi que la direction des soins devaient répondre au questionnaire collégialement. Ces acteurs ont été ciblés car ils étaient censés être en mesure de donner une vision d'ensemble de l'implantation du dispositif dans leur établissement. La structure du questionnaire s'est basée sur un instrument développé précédemment aux États-Unis (Meterko et al. 2006). L'administration du questionnaire s'est faite en ligne à l'aide du logiciel Eval&GoTM. Pour cette étude, nous avons retenu 12 items sur les 42 que comportait le questionnaire car ils permettaient d'explorer spécifiquement la question du comportement des établissements face à IFAQ (Tableau A à www.longwoods.com/content/25791).

Dans un second temps, une étude qualitative auprès de neuf établissements ayant participé à IFAQ2 a été conduite (Tableau B à www.longwoods.com/content/25791). Les entretiens ont été réalisés auprès d'établissements de santé aux statuts différents (public/privé) et répartis sur le territoire français. Pour chaque hôpital, un binôme de chercheurs a été constitué. Des entretiens semi-directifs (individuels et collectifs) ont été conduits en suivant une grille (Tableau C à www.longwoods.com/content/25791). Celle-ci prévoyait des questions correspondant aux items du questionnaire et explorait également les raisons de ces comportements et les actions qui avaient été effectivement réalisées (Tableau D à www.longwoods.com/content/25791).

Traitement des données

DONNÉES QUANTITATIVES

La présentation descriptive des principales variables quantitatives recueillies dans l'enquête sera suivie d'une analyse des correspondances multiples (ACM), réalisée afin de mieux identifier et catégoriser les différents types de comportements des établissements face à IFAQ.

DONNÉES QUALITATIVES

Les entretiens ont donné lieu à une retranscription systématique. Nous avons réalisé un codage thématique à partir du logiciel NVivo 11[®] (Miles et Huberman 1994). Cette analyse s'est composée de deux étapes. La première étape de l'analyse correspond à la construction des codes, à partir de la lecture des premiers entretiens. Dans une deuxième étape, nous avons codé l'ensemble des entretiens à partir de ces codes. Nous avons remanié les codes au cours de l'analyse pour qu'ils rendent compte au plus près du contenu des entretiens.

Résultats

Étude par questionnaire

Le taux de réponse à l'enquête était de 66 %, correspondant à 289 observations.

L'échantillon était représentatif de la population initiale (Tableau D à www.longwoods.com/content/25791). Pour les 12 items, le nombre de réponses fluctuait, allant d'un taux de réponse de 33 % à 100 % pour les questions obligatoires.

Description des variables quantitatives issues de l'enquête IFAQ2

Les résultats descriptifs semblent montrer que l'introduction d'IFAQ n'a pas engendré de réorganisations profondes en interne, les actions étant restées relativement limitées. On constate que le niveau de connaissance du dispositif à l'intérieur de l'établissement n'est pas très élevé parmi les établissements répondants (Tableau 2). Seuls 27 % d'entre eux estiment qu'une majorité de leurs cadres de santé sont au courant du dispositif contre 22 % pour les chefs de département. Concernant la stratégie de communication utilisée, quasiment la moitié des établissements s'est limitée à transmettre les informations aux instances dédiées, en interne, à la qualité et à la sécurité des soins (Comités de lutte pour la douleur, pour les infections nosocomiales ...) plutôt que de communiquer uniformément à l'ensemble du personnel. En revanche, une grande majorité de répondants considère que le modèle IFAQ, basé sur des indicateurs de processus, est pertinent (86 %).

TABLEAU 2. Statistiques descriptives

Variables	(N')	(%)
La majorité de ces personnels connaissent les composantes du score IFAQ2		
... les infirmiers	289	2,42
... les secrétaires	289	1,04
... les aides-soignants	289	1,73
... les médecins	289	7,96
... les cadres de santé	289	26,64
... les chefs de département	289	22,15
L'établissement a communiqué en interne sur		
... sa participation à IFAQ	250	71,20
... le fait d'avoir été primé	96	77,08
La communication sur la participation à IFAQ a été réalisée auprès des instances dédiées uniquement	169	44,38
Les dirigeants trouvent pertinente la composition du score IFAQ	95	86,32
Établissements primés IFAQ2 (oui)	289	30,68
La prime a un effet de réputation		
... vis-à-vis de la Haute Autorité de santé (HAS)	193	54,40
... vis-à-vis de l'Agence régionale de santé (ARS)	193	53,37
... vis-à-vis des patients	193	24,87

TABLEAU 2. Statistiques descriptives

Variables	(N ¹)	(%)
Les dirigeants savent quels indicateurs ont été inclus pour le calcul du score IFAQ2	264	86,36
... Processus cliniques pour quatre indications ²	289	70,24
... Infections nosocomiales	289	83,04
... Satisfaction des patients	289	51,90
... Informatisation du dossier patient	289	62,98
... Certification des hôpitaux par la Haute Autorité de santé	289	79,58
Les dirigeants considèrent IFAQ2 comme un enjeu financier	289	67,94
La prime a été répartie sur le poste budgétaire		
... de la qualité	70	22,86
... du budget global	70	41,43
... pas encore répartie	70	35,71
Les établissements non primés ont mis en place des actions correctives suite aux résultats d'IFAQ	130	60,77
Les dirigeants considèrent qu'IFAQ a un impact positif sur la qualité des soins	208	51,44

1. Nombre de réponses obtenues à la question

2. Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hémorragie du post partum, hémodialysés chroniques

Il est à noter que 30 % des établissements ayant répondu à l'étude ont finalement reçu une prime dans le cadre de l'expérimentation. Les effets de réputation de ces primes ne sont pas ressentis de manière uniforme par les établissements. Parmi les répondants, 54 % estiment que cela a un effet vis-à-vis de la Haute Autorité de santé (HAS) et 53 % pensent que c'est important vis-à-vis de l'Agence régionale de santé (ARS). En revanche, pour trois quarts des répondants, le fait d'être primé ne leur semble pas important aux yeux des patients.

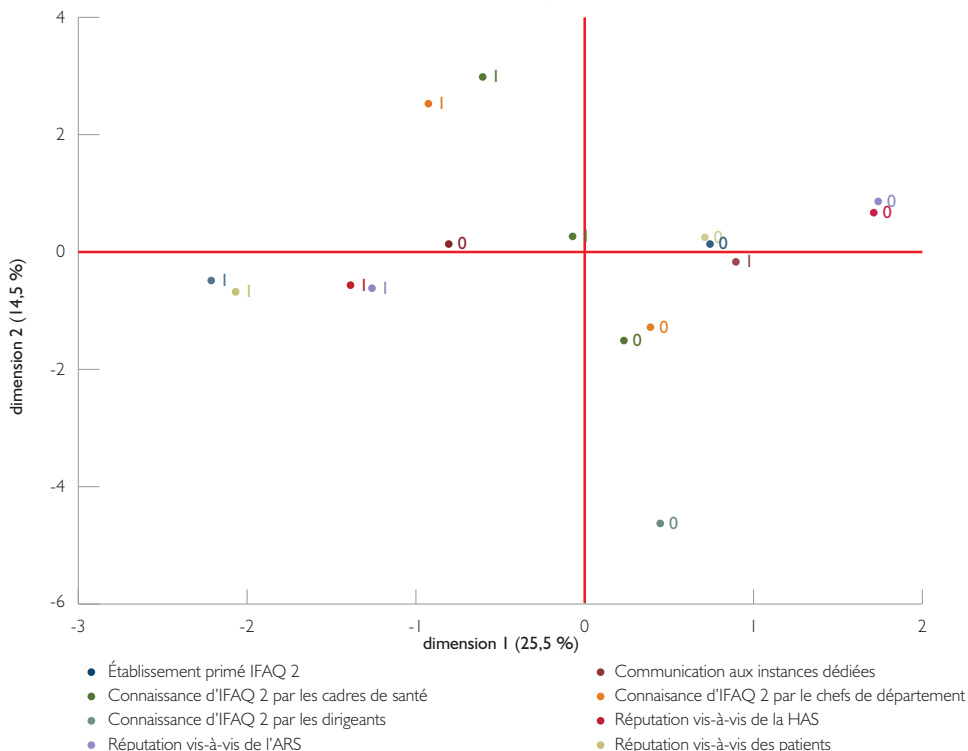
Enfin, il est intéressant de constater qu'une majorité de répondants considèrent d'une part, qu'IFAQ représente pour eux un enjeu financier (68 %) et que d'autre part, il aurait un impact positif sur la qualité des soins (51 %). Parmi les établissements non primés, 61 % d'entre eux déclarent qu'ils ont mis en place des actions correctives portant sur le recueil des données, suite aux résultats d'IFAQ, alors que parmi les établissements primés, l'attribution des bonus s'est répartie entre le service qualité (23 %) et le budget global (41 %) alors que 35 % ne les avaient pas encore distribués.

ANALYSE DU COMPORTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Nous avons ensuite effectué une ACM sur les variables qui nous paraissaient être les plus révélatrices de ces comportements (Figure 1).

Comme le montre la figure 1, le plan identifié par les deux premiers axes factoriels explique 38 % de l'inertie totale des données. Les huit variables présentées sur la figure avaient à la fois une qualité de représentation des axes supérieure à 18 % et la meilleure contribution à la formation des axes. L'analyse factorielle des réponses données fait apparaître

FIGURE 1. Analyse des correspondances multiples



Note : ARS : Agence régionale de santé ; HAS : Haute Autorité de santé

deux dimensions permettant de caractériser les comportements des hôpitaux : une dimension que l'on nommera « niveau en matière de maîtrise de la politique qualité en interne » et une seconde que l'on appellera « niveau de prise en compte d'IFAQ comme un levier d'amélioration de la qualité ».

L'axe horizontal est principalement déterminé par la première dimension intitulée « niveau en matière de maîtrise de la politique qualité en interne ». Sur cet axe, s'opposent les hôpitaux qui ont été primés et ceux qui ne l'ont pas été, la prime se basant sur des résultats aux indicateurs sur plusieurs années. S'opposent également les hôpitaux qui ont fait une communication sur les résultats de leur établissement à IFAQ à l'ensemble du personnel, par rapport à ceux qui ont restreint cette communication aux instances dédiées. Enfin s'opposent les dirigeants qui ont l'impression qu'être primé peut avoir des répercussions positives sur leurs relations avec la HAS, l'ARS et les patients contre ceux qui ne le pensent pas. Pour synthétiser, on peut dire que sur cet axe, s'opposent les établissements qui ont perçu la qualité comme un élément stratégique et qui se sont engagés depuis longtemps dans les démarches d'amélioration de la qualité et ceux qui n'ont pas pris le « virage qualité » et qui ont donc du retard dans « l'acculturation » à cette démarche.

L'axe vertical est déterminé par « le niveau de prise en compte d'IFAQ comme un levier d'amélioration de la qualité », où s'opposent les établissements qui expliquent avoir récemment mis en place des actions d'amélioration de la qualité suite à leur participation à IFAQ et ceux pour qui cela n'a pas abouti à des modifications. S'opposent les hôpitaux dont une majorité de cadres de santé et de chefs de département connaissent le dispositif IFAQ et ceux pour lesquels ce n'est pas le cas. S'opposent également sur ce même axe, les dirigeants qui trouvent la composition du score IFAQ2 pertinente et ceux qui ne la trouvent pas. En résumé, ce deuxième axe oppose les établissements qui ont réagi au dispositif IFAQ, contre ceux qui ont été moins réactifs.

Étude qualitative

Dans un second temps, nous avons conduit 25 entretiens qui ont pu expliquer les mécanismes d'adoption du P4P dans les établissements. Les entretiens ont été menés auprès de la direction (direction qualité, direction des finances, direction générale), mais également avec des médecins, des infirmières, des responsables informatique ou qualité (Tableau B à www.longwoods.com/content/25791).

DEUX LOGIQUES COMPORTEMENTALES

Se distinguent deux logiques comportementales selon que l'on perçoit IFAQ sous l'angle de la gestion de la qualité ou selon celui de la gestion avec l'extérieur.

IFAQ VU SOUS L'ANGLE DE LA GESTION DE LA QUALITÉ

Cette étude a montré que les établissements ont accueilli avec attention le dispositif IFAQ. Pour certains, il se vit comme une nouvelle méthode pour mesurer le niveau de qualité des soins au sein de leur établissement. Alors que les résultats de l'enquête quantitative semblent attester d'une forte adhésion concernant le choix des indicateurs composant le score (86,32 %, $n = 95$), les entretiens montrent toutefois que certains professionnels les trouvent encore très insuffisants alors que, pour les autres, ce score agrégé, basé sur des indicateurs de processus, permettrait de donner des orientations sur la façon d'améliorer la qualité des soins. Pour beaucoup, le recours au levier financier reste un bon moyen de rendre les professionnels de santé plus concernés par la démarche.

« IFAQ, ça permet de donner des outils à l'établissement pour perpétuer une démarche d'amélioration continue de la qualité ... »	Privé	Direction
« Les indicateurs de tenue du dossier patient ou du courrier de sortie de fin d'hospitalisation, pour moi, c'est le b.a.-ba. »	CLCC	Qualité
« Les médecins j'ai toujours l'impression que je les ennuie avec mes sujets, là, avec de l'argent en jeu, ils m'écoutent plus. »	CLCC	Qualité
« IFAQ, j'ai trouvé ça très positif en termes de management interne, mais le programme manque de visibilité, il est trop complexe. »	Public	Direction
« Le financement nous permettra de mettre en place une application pour la consultation anesthésique, ils voient concrètement l'utilité au quotidien. »	Privé	Qualité

Entre dynamique d'amélioration de la qualité des soins et conformisme administratif

« Voir que le travail permet d'avoir des retombées financières qui leur permettent d'améliorer leur quotidien, pour eux, c'est clé. En message, pour moi, c'est clé. C'est idiot, on est toujours dans le système de la carotte et du bâton, enfin là pour l'instant, il faut en profiter, il n'y a que la carotte. »	CLCC	Qualité
« Là, avec IFAQ, on a une carte supplémentaire, et vraiment on leur montre sous l'angle, « regardez IFAQ ça permet des investissements supplémentaires pour du matériel, etc. », ça devient concret. »	Privé	Qualité
« Grâce à IFAQ, on a identifié une fragilité ou un point d'amélioration potentiel et avec le financement on réinvestit dans cela, c'est typiquement ce que les tutelles attendent. »	Privé	Qualité

Le programme IFAQ a également suscité l'intérêt des directions pour sa capacité à comparer les établissements. Le score offre, en effet, selon eux, une occasion de les mettre en comparaison en proposant une méthode de classement même si chacun souligne les limites de ce « benchmarking », les directions sont tentées de comparer, entre eux, les primés et les non primés. Cet usage est renforcé par les ARS qui ont parfois fourni la liste exhaustive des établissements primés, indépendamment de leur statut (public/privé).

« Avoir un benchmark c'est très important. Je compare nos scores à la moyenne nationale et ensuite à nos concurrents sur le territoire ... la gériatrie et les post-urgences gériatriques embolisent lourdement notre système ... on est désavantagé, le fait qu'on ait des urgences exige beaucoup de flexibilité dans les services. »	Public	Direction
« Vis-à-vis de l'ARS c'est hyper important IFAQ. Quand on a été primé, on leur avait dit « vous voyez, on fait de la qualité nous ». Je ressens de la fierté d'avoir été primé deux fois. »	Public	Direction
« Avec IFAQ, on essaie de savoir si on est dans la course. »	Public	Direction
« Je vais regarder sur le site Scope santé au niveau régional les notes des établissements sur certains indicateurs, c'est intéressant de voir ce qu'ont donné les autres, ça stimule. »	Public	Qualité
« Le benchmarking c'est hyper important, on fait ça tout le temps, certes la valeur intrinsèque est dérisoire en comparaison de nos budgets, mais là on est plus au niveau du symbole. »	Privé	Direction
« C'est vraiment un plus vis-à-vis de l'ARS d'être dans IFAQ, c'est une façon de leur dire, vous pouvez compter sur nous, on est un établissement de référence. »	Privé	Qualité

IFAQ VU SOUS L'ANGLE DE LA GESTION AVEC L'EXTÉRIEUR

Certains directeurs semblent inscrire IFAQ dans un mouvement plus général. Ils assimilent ce dispositif à une contrainte institutionnelle comme une autre, les directions d'établissement ayant l'habitude de s'accommoder à ce genre de changement de règles émanant des tutelles. Des établissements regrettent, à ce titre, le manque de mise en cohérence des différentes mesures. Certaines demandes de la tutelle sont effectivement venues en contradiction du dispositif IFAQ. Par exemple, des décisions de certification ont amené à évincer certains établissements de la prime alors qu'ils avaient de bons résultats pour les indicateurs sélectionnés. Malgré cela, l'analyse qualitative, en cohérence avec les résultats de l'enquête quantitative (51,44 % des répondants au questionnaire considèrent que IFAQ a un impact sur la qualité des soins), montre que si tous les interviewés ne semblaient pas convaincus de l'impact réel du programme, ils prenaient, tout de même, très au sérieux cette nouvelle demande. Pour certains, la participation à l'expérimentation leur permettait de se placer aux premières loges alors que, selon eux, se jouaient les prémices d'une évolution du système de financement. En

effet, malgré les précautions prises par les promoteurs du programme, un nombre important d'établissements ont largement anticipé la généralisation d'IFAQ. Dans l'ensemble, il apparaît qu'une majorité de directeurs souhaitent se positionner très tôt sur ces questions. Pour certains, la participation à IFAQ semble même être un élément distinctif. Participer à un programme comme celui-ci serait habituellement réservé à une « élite » qui aurait l'habitude d'être mieux informée par les tutelles.

« Sur ce genre de projets, celui qui démarre en premier gagne, c'est important de faire partie de ce genre d'expérimentations. »	Privé	Direction
« Vous savez, certains établissements ont des liens contrairement à nous. Pour une fois, on a pu faire partie de l'expérimentation dès ses débuts, c'est important pour nous ... et aussi au niveau des tutelles, le fait d'être primé valorise, l'argent c'est important ... avec IFAQ pour une fois, ce n'est pas le statut qui paye, on est associés aux initiés. »	Privé	Direction
« On débloque symboliquement des crédits. Mais cela n'avait pas de rapport financier. 15 000 euros c'est anecdotique par rapport au montant de la dotation IFAQ, cela correspond à un signal managérial du comité qualité. »	Privé	Finances
« Ça nous semblait naturel de nous engager dans IFAQ, mais pas nécessairement de communiquer dessus. Nous préférons communiquer sur les indicateurs de qualité. On a demandé aux services et aux pôles de s'améliorer. »	Privé	Qualité
« Il y a un effet d'aubaine avec cette récompense. Mais après ? C'est vrai, nous n'avons aucune garantie. »	Public	Direction

Le calibrage de la communication à propos du programme est, à ce sujet, une bonne indication de la différenciation des deux logiques comportementales. Certains établissements ont souhaité que le programme reste confidentiel et ont sollicité uniquement les instances dédiées à la qualité des soins. Cela correspond à presque la moitié des répondants selon l'enquête quantitative (44,38 %). D'autres ont pensé que ce programme devait s'adresser à l'ensemble des professionnels et ont donc adopté une communication plus large afin de toucher l'ensemble du personnel. Des interviewés précisent que cette stratégie de communication dépend beaucoup de l'équipe de direction et de sa conviction dans l'efficacité de ce type de démarches d'amélioration de la qualité.

« C'est vrai que nous avons un appui fort de la direction de l'établissement sur IFAQ2 et bon, nous, on a communiqué en réunion de cadre, en CME. »	Privé	Qualité
« Pour nous IFAQ c'était vraiment un objectif stratégique. On avait sensibilisé tout l'encadrement. Puis on a communiqué sur notre prime via le journal interne et la réunion de CME. »	Public	Direction
« On n'en a pas parlé en équipe de direction, mais je ne souhaite pas me concentrer sur les composantes IFAQ. Je trouve que c'est un calcul un peu risqué. Je trouve que l'on est plutôt dans une démarche d'amélioration globale de la qualité donc je préfère tout travailler, on ne peut pas se permettre de délaissé certains indicateurs. »	Public	Qualité
« Quand on a vu qu'on pouvait avoir un retour financier qui n'était pas négligeable, nous avons fait largement de la communication au niveau du comité des directeurs, au niveau des réunions, au niveau de toutes les instances. »	CLCC	Qualité
« Si vous demandez aux professionnels de notre établissement s'ils connaissent IFAQ, ils vont se gratter la tête. Nous, on a communiqué aux instances et pendant les réunions de pôles. On leur parle indicateurs, chaque infirmière est membre d'un des comités. »	Privé	Qualité

COHABITATION DE LOGIQUES DE GOUVERNANCE INTERNE ET EXTERNE

Au cours des entretiens, la plupart des établissements ont tenu à replacer IFAQ dans son contexte historique en rappelant que les établissements primés étaient, en réalité, ceux qui avaient justement enclenché des démarches qualité depuis plusieurs années déjà, les résultats obtenus n'étant selon eux, en aucun cas, le résultat d'une réaction à une incitation, mais plutôt le fruit d'un travail de long terme auprès des équipes. Cette remarque laisse penser qu'ils remettent en question l'effet incitatif du dispositif, le percevant davantage comme une récompense pour le travail fourni.

« Dans notre établissement, IFAQ est très peu connu, ce n'est pas un terme qui parle. Je n'ai pas développé de politique ni de stratégie spécifique pour IFAQ ... IFAQ, c'est la valorisation du travail réalisé il y a bien longtemps ... »	Public	Direction
« Ici, la démarche qualité est ancienne, elle remonte à plus de 15 ans ... Elle avait commencé par la maternité ... pour moi, la prime ce n'est pas une incitation. C'est simplement une récompense. »	Public	Qualité
« Pour le moment, c'est une reconnaissance plus qu'une incitation ... c'est comme un bon point à l'école. »	Public	Direction
« Selon moi, IFAQ c'est une conséquence heureuse d'une politique déjà en place. »	Privé	Direction
« Avec IFAQ, on reconnaît une démarche qui a été faite depuis plusieurs années. On est plutôt sur le travail des années précédentes, mais du coup on est sanctionnés positivement, on est reconnus par rapport à ça. Par rapport à la roue d'amélioration de la qualité, cela nous permet de continuer ce que l'on a fait avant, là on est remerciés et ça nous permet d'aller plus loin. »	Privé	Qualité
« Même non engagé dans IFAQ, nous aurions poursuivi cette démarche dans laquelle nous sommes engagés, nous n'aurions pas seulement ciblé nos efforts sur le seul établissement engagé dans IFAQ sur les 3 que compte notre groupement hospitalier. »	Public	Qualité
« Pour moi, IFAQ c'est le prolongement d'une démarche déjà initiée. IFAQ c'est une poire pour la soif, c'est un cadeau de consolation. »	Public	Direction
« C'est vrai, la prime IFAQ, ça habille un établissement. »	CLCC	Qualité
« Il faut vraiment un projet au niveau de l'établissement et ne pas juste être complaisant avec l'ARS pour faire des vrais projets qualité. Il faut une politique d'établissement et se reposer sur une forte culture qualité de l'établissement pour porter ces sujets. La qualité, ça ne s'improvise pas, il faut une cohérence en amont et des orientations stratégiques très fortes. »	Privé	Direction

Cette dynamique ne semble pas pour autant entrer en contradiction avec l'adaptation au dispositif IFAQ pour des raisons de gouvernance externe, décrite plus haut. Deux mouvements parallèles semblent coexister, de manière disjointe. Un premier mouvement correspondant à une dynamique d'amélioration continue de la qualité engagée sur le long terme et un second étant davantage de l'ordre d'une adaptation rapide et « tactique ».

Discussion

Cette étude permet de mieux caractériser les comportements des établissements de santé face à l'incitation IFAQ, en fonction de l'importance relative accordée aux deux modes de gouvernance interne et externe. Dans le cas d'IFAQ, il semble que la logique de gouvernance externe ait prévalu par rapport à la logique de gouvernance interne. Les réponses données par les établissements sont, avant tout, le reflet de leur volonté d'adaptation à leur environnement et de leur souhait de gérer cette relation d'interdépendance en se conformant aux attentes,

même exigeantes, des tutelles. Tout comme pour un certain nombre de réformes récentes, comme l'implantation du dossier patient informatisé au sein des hôpitaux, l'introduction du P4P n'aurait ainsi engendré que peu de transformations organisationnelles, la majorité des établissements s'accommodant à ce nouvel élément sans pour autant s'en saisir réellement comme d'un outil d'amélioration de la qualité (Béjean et al. 2016). Ceci n'exclut pas que des actions correctives aient pu être réalisées dans certains établissements, mais les effets du programme sur l'organisation restent en fait assez limités puisqu'ils s'opèrent davantage à la marge, et ne modifient pas les fonctionnements internes ni les relations entre les sphères soignantes et administratives.

Est-ce à cause de la structure de l'incitation et notamment de la définition de la qualité choisie pour le modèle IFAQ? On se limite effectivement à des évaluations du respect d'un certain nombre de processus, qui n'appellent pas en eux-mêmes des changements radicaux et qui peuvent être souvent améliorés par une rigueur accrue dans le recueil des informations (Moisdon 2014). De plus, le modèle ne permet pas un financement pérenne de la qualité du fait de sa distribution sous forme de primes ; donc il se peut que les établissements estiment que ce dispositif ne soit pas capable de soutenir une amélioration continue de la qualité des soins. On peut supposer que dans un environnement moins incertain, où les règles du jeu seraient plus stables et mieux connues à l'avance, les établissements auraient pu s'emparer de ce dispositif pour progresser réellement sur la qualité des soins.

Il est cependant important de considérer nos résultats en prenant en compte leurs limites. L'étude par questionnaire n'a permis d'interroger que les directions des établissements et ne révèle donc pas les ressentis des professionnels de « frontline », responsables de la prise en charge des patients au quotidien. De plus, le taux de non-réponses est relativement élevé pour certaines questions de l'étude. L'analyse qualitative explicative permettait de limiter au mieux le risque d'erreur d'interprétation en apportant des éléments permettant une compréhension plus fine des processus à l'œuvre (Pawson 2004). Enfin, cette étude se limite au cas français et certaines spécificités du système peuvent avoir joué un rôle dans la mise en œuvre du P4P. Enfin, il serait intéressant de conduire une analyse longitudinale pour savoir si des effets d'apprentissage peuvent s'observer sur le long terme, les démarches d'amélioration de la qualité s'initiant souvent sur des temps plus longs que ceux adoptés pour la présente étude.

Les résultats de cette étude permettent de réfléchir à la pertinence de recourir à ce levier de régulation. Nous avons montré que si la mise en place de cette incitation n'a pas perturbé les démarches d'amélioration de la qualité initiées précédemment, et les a même encouragées, nous n'avons pas pu montrer, pour autant, d'effets tangibles de ce dispositif sur l'amélioration de la qualité des soins. Ceci est cohérent avec la littérature internationale publiée sur le sujet (Bonfrer et al. 2018; Jha 2017). Davantage de recherches doivent ainsi être menées sur ces questions pour s'assurer que l'introduction d'un paiement à la qualité incite à l'amélioration de la qualité et n'introduise pas de rentes de situation où les meilleurs établissements seraient systématiquement récompensés et les « mauvais élèves » n'auraient alors plus d'incitation à changer leurs pratiques, tant les écarts se seraient creusés. Cette étude portant sur l'impact

d'un paiement à la qualité mis en œuvre au sein d'établissements de santé apporte des éléments de preuve qui peuvent intéresser les tutelles désireuses de poursuivre ou d'initier des programmes similaires au Canada, ou ailleurs (Milstein et Schreyoegg 2016).

Correspondance : Anne Girault ; École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP Paris),
Maison des Sciences de l'Homme Paris Nord, 20 avenue George Sand, 93210 Saint-Denis ;
tél. : 00 33 6 32 15 10 66 ; e-mail : anne.girault@ehesp.fr.

Références

- Béjean, M., F. Kletz, J.-C. Moisdon et C. Sicotte. 2016. « Informatisation incrémentale ou de rupture ? Le cas du dossier patient hospitalier. » *Journal de gestion et d'économie médicales* 1–22.
- Blomqvist, A. 1991. "The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care." *Journal of Health Economics* 10(4): 411–32. doi: 10.1016/0167-6296(91)90023-G.
- Bonfrer, I., J.F. Figueroa, J. Zheng, E.J. Orav et A.K. Jha. 2018. "Impact of Financial Incentives on Early and Late Adopters among US Hospitals: Observational Study." *BMJ* 360. <<http://doi.org/10.1136/bmj.j5622>>.
- Burnett, S., P. Mendel, F. Nunes, S. Wiig, H. van den Bovenkamp, A. Karlun et al. 2015. "Using Institutional Theory to Analyse Hospital Responses to External Demands for Finance and Quality in Five European Countries." *Journal of Health Services Research & Policy* 21(2): 109–17. <<http://doi.org/10.1177/1355819615622655>>.
- Busse, R. 2016. "Pay-for-Performance: Time to Act but Also to Provide Further Evidence." *Health Policy* 120(10): 1123–24. <<http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.10.001>>.
- Cashin, C., Y.-L. Chi, P.C. Smith, M. Borowitz et S. Thomson. 2014. "Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability." *Blueprint (European o)*. Open University Press – McGraw-Hill. <<http://doi.org/10.1787/9789264224568-en>>.
- Claveranne, J.-P., C. Pascal et D. Piovesan. 2007. « La gouvernance hospitalière à la croisée des chemins. » Dans *Traité d'économie et de gestion* (Bras, Pouvourville, Tabuteau) (pp. 435–42).
- Eijkenaar, F. 2012. "Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives." *Medical Care Research and Review* 69(3): 251–76. <<http://doi.org/10.1177/1077558711432891>>.
- Eijkenaar, F. 2013. "Key Issues in the Design of Pay for Performance Programs." *The European Journal of Health Economics*. 14(1): 117–31.
- Ferrua, M., A. Fourcade, B. Lalloué, A. Girault, S. Jiang, P. Loirat et E. Minvielle. 2015. « Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ) pour les établissements de santé français : Résultats de l'expérimentation (2012–2014) ». *Journal de gestion et d'économie médicales* 33(4–5): 277–90.
- Fray, A.-M. 2009. « Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs ». *Management & Avenir* 28(8): 142. <<http://doi.org/10.3917/mav.028.0142>>.
- Glied, S.A. et E.A. Miller. 2015. "Economics and Health Reform: Academic Research and Public Policy." *Medical Care Research and Review* 72(4): 379–95. <<http://doi.org/10.1177/1077558715579866>>.
- Jha, A.K. 2017. "JAMA Forum: Value-Based Purchasing: Time for Reboot or Time to Move on?" *JAMA Forum* 317(11): 1107–08. <<https://newsatjama.jama.com/2017/02/01/jama-forum-value-based-purchasing-time-for-reboot-or-time-to-move-on/>>.
- McDonald, R. 2014. "Paying for Performance in Healthcare Organisations." *International Journal of Health Policy and Management* 2(2): 59–60. <<http://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.14>>.
- McDonald, R., R. Boaden, M. Roland, S.R. Kristensen, P. Meacock, Y.-S. Lau et al. 2015. "A qualitative and quantitative evaluation of the Advancing Quality Pay-for-Performance Programme in the NHS North West." *Health Services and Delivery Research* 3(23): 1–104. <<http://doi.org/10.3310/hsdr03230>>.

- McHugh, M. et M. Joshi. 2010. "Improving Evaluations of Value-Based Purchasing Programs." *Health Services Research* 45(5 PART 2): 1559–1569. <<http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01147.x>>.
- Mendelson, A., K. Kondo, C. Damberg, A. Low, M. Morúaapuaka, M. Freeman et al. 2017. "The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care." *Annals of Internal Medicine* 166(5): 341. <<http://doi.org/10.7326/M16-1881>>.
- Meterko, M., G.J. Young, B. White, B.G. Bokhour, J.F. Burgess, D. Berlowitz et al. 2006. "Provider Attitudes toward Pay-for-Performance Programs: Development and Validation of a Measurement Instrument." *Health Services Research* 41(5): 1959–78. <<http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00582.x>>.
- Miles, M. et A. Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis*. Sage Publications: Thousand Oaks, CA.
- Milstein, R. et J. Schreyoegg. 2016. "Pay for Performance in the Inpatient Sector: A Review of 34 P4P Programs in 14 OECD Countries." *Health Policy* 120(10): 1125–40. <<http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>>.
- Moisdon, J. 2014. « Payer la qualité des soins à l'hôpital. Réflexions à propos d'un dispositif innovant : l'expérimentation IFAQ (Incitation Financière à la Qualité) ». *Quaderni* 3(85).
- Ogundej, Y.K., J.M. Bland et T.A. Sheldon. 2016. "The Effectiveness of Payment for Performance in Health Care: A Meta-Analysis and Exploration of Variation in Outcomes." *Health Policy* 120(10): 1141–50. <<http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.002>>.
- Pawson, R. 2004. *Simple Principles for the Evaluation of Complex Programmes. An Evidence-Based Approach to Public Health and Tackling Health Inequalities: Practical Steps and Methodological Challenges*, 1–36.
- Pfeffer, J. et G.R. Salancik. 1977. "Organizational Context and the Characteristics and Tenure of Hospital Administrators." *Academy of Management Journal* 20(1): 74–88. <<http://doi.org/10.2307/255463>>.
- Portela, M.C., P.J. Pronovost., T. Woodcock, P. Carter et M. Dixon-Woods. 2015. "How to Study Improvement Interventions: A Brief Overview of Possible Study Types." *BMJ Quality & Safety* (March), 1–12. <<http://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003620>>.
- Royer, I. et P. Zarlowski. 2014. « Le design de la recherche ». Dans R.-A. Thietart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (4e édition, pp. 168–196). Dunod.
- Trybou, J., P. Gemmel et L. Annemans. 2015. "Provider Accountability as a Driving Force towards Physician–Hospital Integration: A Systematic Review." *International Journal of Integrated Care* 15: 1–17.
- Werner, R.M. et R.A. Dudley. 2009. "Making the 'Pay' Matter in Pay-for-Performance: Implications for Payment Strategies." *Health Affairs (Project Hope)* 28(5): 1498–508. <<http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1498>>.