KCE REPORT 424B

HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHÈSE

LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE : UN LEVIER POUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES HÔPITAUX ?



NICOLAS BOUCKAERT, JONATHAN STOKES, SØREN RUD KRISTENSEN, MARIJKE EYSSEN, SOPHIE GERKENS, MEGGIE STAAL HØJGÅRD HANSEN, MÉLANIE LEFÈVRE, CARINE VAN DE VOORDE

2026 www.kce.fgov.be

PRÉFACE

Depuis plusieurs décennies déjà, on voit émerger un peu partout dans le monde une prise de conscience que les soins de santé ne débouchent pas toujours et pour tous sur les meilleurs résultats possibles. Il arrive que les patients reçoivent des soins inadéquats, superflus ou au contraire insuffisants, avec à la clé des variations indésirables dans les soins dispensés et bien des occasions manquées. On affirme pourtant à raison que les patients sont en droit, toujours et partout, d'attendre d'un système de soins de santé performant des soins les plus qualitatifs possible, définis comme des soins fondés sur les meilleures données probantes possible.

À une époque où les besoins en soins et les développements technologiques évoluent à toute allure, avec les coûts qui en découlent, il est plus important que jamais d'investir dans des soins de bonne qualité, et donc des soins qui débouchent sur un maximum de santé et de qualité de vie pour les patients. Les moyens financiers et humains sont limités, et il est donc essentiel de mobiliser la capacité du système et les budgets des soins de santé de façon ciblée.

En réaction à ces constats, de nombreux pays dont la Belgique ont développé des mécanismes de paiement à la performance, qui récompensent financièrement la qualité des soins. Intuitivement, le principe est logique et attrayant : si nous introduisons les stimuli financiers adéquats, la qualité des soins évoluera spontanément dans le bon sens. Il s'inscrit aussi dans une tendance sociétale plus large où l'on investit beaucoup plus qu'avant dans la mesure des résultats en fonction des moyens investis – que l'on songe, par exemple, à la mesure de la qualité de l'enseignement. Autant dire que les mécanismes de financement de type « paiement à la performance » ont rencontré un franc succès dans de nombreux systèmes de soins de santé.

De ce fait, il est indiqué de s'intéresser aussi à l'impact de ces mécanismes de financement à la performance. Au fond, que rapportent-ils ? Répondent-ils vraiment aux attentes ? Sont-ils efficaces et, si oui, à quelles conditions ? Ce rapport offre des repères pour évaluer dans quelle mesure l'approche « pay-for-performance » peut jouer un rôle dans la réforme du financement des hôpitaux

.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE 4

1 INTRODUCTION 4

1.1 LE DÉFI DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DANS LES HÔPITAUX 4

1.2 QU'EST-CE QUE LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE ? 4

1.3 LE P4P, UNE IDÉE ATTRAYANTE AUX EFFETS INCERTAINS 5

1.4 OBJECTIF DE L'ÉTUDE 6

1.5 QUESTIONS DE RECHERCHE 6

1.6 COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ? 6

2 LE P4P PEUT-IL AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS ? 7

2.1 PAS UNE STRATÉGIE UNIVERSELLE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ 7

2.1.1 Pas d'amélioration univoque des résultats pour les patients 7

2.1.2 Des effets connexes positifs, mais aussi des risques 7

2.1.3 Le rapport coût-efficacité et l'équité trop peu étudiés 8

2.2 LE P4P PEUT INDUIRE DES EFFETS POSITIFS, SOUS DES CONDITIONS STRICTES 8

2.2.1 Implication des parties prenantes 8

2.2.2 Développer des indicateurs bien étayés 9

2.2.3 Des incitants financiers efficaces 9

2.2.4 Des objectifs réalisables et sous le contrôle des prestataires et de l'hôpital 10

2.2.5 Des objectifs axés sur les domaines pour lesquels il persiste une marge d'amélioration 11

2.2.6 Dans le cadre d'une politique plus large d'amélioration de la qualité 11

2.3 CONCLUSION : UTILISER LE P4P DE FAÇON SÉLECTIVE, AVEC TOUTE LA PRUDENCE REQUISE 11

3 LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE EN BELGIQUE : ÉTAT DES LIEUX ET LIMITATIONS 12

3.1 LE FINANCEMENT VIA LE P4P RESTE ASSEZ LIMITÉ 12

3.2 BUDGET FERMÉ ET GLISSEMENT VERS DES INDICATEURS DE STRUCTURE 13

3.3 D'UNE LARGE IMPLICATION À UN PILOTAGE PLUS CENTRALISÉ 13

3.4 UN FEEDBACK INDIVIDUEL SANS RAPPORTAGE PUBLIC 14

3.5 UN LIEN TÉNU ENTRE AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET FINANCEMENT P4P 14

3.6 CONCLUSION : LE PROGRAMME ACTUEL NE REMPLIT PAS LES CONDITIONS NÉCESSAIRES 14

4 LE RÔLE FUTUR DU P4P EN BELGIQUE 15

4.1 COMMENCER PAR LES PRIORITÉS, PAS PAR LE P4P 15

4.2 RESPECTER LES CONDITIONS D'UNE CONCEPTION DE P4P EFFICACE 15

4.3 PLANIFIER LE P4P SUR LE LONG TERME ET EN PRÉPARER LA SORTIE 16
4.4 PRÉVOIR SUFFISAMMENT DE MOYENS 16
4.5 LA FLEXIBILITÉ LOCALE EST UNE PISTE, MAIS AVEC DES LIMITES CLAIRES..... 17
4.6 DES NORMES DE QUALITÉ *EVIDENCE-BASED* ET DES DONNÉES ROBUSTES ET PLUS RÉCENTES 17
5 CONCLUSION GÉNÉRALE 18
■ **RECOMMANDATIONS..... 19**

SYNTHÈSE

1 INTRODUCTION

1.1 Le défi de l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux

La **qualité des soins hospitaliers aigus s'est clairement améliorée** ces dernières années, que ce soit en Belgique ou au niveau international. Ainsi, les chances de survie des personnes confrontées à un cancer ou une maladie cardiovasculaire ont fortement augmenté. Le dernier rapport Performance du KCE (2024) montre par exemple que la Belgique affiche d'excellents résultats concernant la survie à 5 ans du cancer colorectal et du cancer du sein, mais aussi plus largement la mortalité évitable par le système de soins.

Dans d'autres domaines, les progrès sont toutefois **plus lents**, et ce aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de nos frontières. C'est vrai notamment pour les infections liées aux soins, la résistance aux antimicrobiens et les hospitalisations évitables. En outre, il subsiste dans notre pays des différences aussi indésirables que considérables d'un hôpital à l'autre, notamment en termes de mortalité après ajustement du risque, de réadmissions, d'hospitalisations prolongées et de sécurité des patients. Cette variabilité s'observe également dans l'application des procédures fondées sur des preuves (*evidence-based*). Toutes ces différences indiquent que, suivant l'hôpital où ils aboutissent, les patients ne bénéficient pas toujours de la même qualité des soins.

Ces problèmes de qualité ne sont pas sans lourdes conséquences : ils mènent à des incidents de sécurité évitables ou un fardeau pathologique pour les patients. Ils entrainent aussi des coûts des soins élevés en raison de l'utilisation inefficiente de moyens limités et des coûts sociétaux liés à l'invalidité, aux limitations fonctionnelles et à la perte de productivité. En outre, une plus faible qualité des soins frappe plus lourdement les populations vulnérables, ce qui amplifie les inégalités. L'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux aigus demeure donc une priorité majeure.

Il existe déjà **de nombreuses initiatives d'amélioration de la qualité**, par exemple au niveau des critères et normes d'agrément des hôpitaux, de la formation des prestataires de soins, de la prévention des infections, d'évaluations externes telles que l'accréditation, du rapportage public et du benchmarking entre hôpitaux. S'y ajoutent le financement sur la base de la qualité, les inspections et contrôles, les audits et feedbacks, les systèmes de notification des incidents de sécurité, les guides de bonne pratique clinique et aides à la prise de décision, les trajets de soins, les évaluations par les pairs et diverses autres initiatives qui encouragent les prestataires de soins à apprendre les uns des autres et à s'améliorer ensemble.

Dans le contexte de cette offre très abondante, **le choix d'une combinaison cohérente de mesures apparaît comme un défi considérable pour les décideurs politiques**. Leur efficacité dépend en effet fortement du contexte, de la manière dont les programmes de qualité sont conçus et implémentés, et du fait qu'elles soient prises de manière isolée ou au contraire incorporées à un cadre de qualité cohérent et intégré. Dans le même temps, les décideurs doivent trouver le bon équilibre entre stimuler la motivation intrinsèque des prestataires de soins et veiller à suffisamment de responsabilisation et de transparence, le tout sans créer une charge administrative inutile et en laissant une marge de manœuvre à l'innovation.

1.2 Qu'est-ce que le paiement à la performance ?

Ce rapport concerne une stratégie spécifique pour **améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux aigus** : le paiement à la performance (*Pay-for-Performance* ou P4P), aussi appelé paiement à la qualité (*Pay-for-Quality* ou P4Q).

Le P4P consiste à récompenser ou sanctionner financièrement les prestataires de soins – ou, dans le contexte de ce rapport, les hôpitaux aigus – en fonction de leurs prestations. Concrètement, ils

bénéficient d'incitants financiers pour atteindre certains objectifs de qualité ou pour améliorer la qualité ou l'efficience des soins qu'ils dispensent. Dans ce rapport, nous utiliserons systématiquement l'expression P4P, comme dans le programme belge, même si nous nous intéressons exclusivement ici à l'aspect qualité des soins (voir Encadré 1).

Un programme P4P repose sur **deux principes de base** :

1. La **qualité des soins est mesurée**, le plus souvent à l'aide d'indicateurs de structure, de processus et/ou de résultats.
2. Lorsque des objectifs sont atteints (ou non) ou que des améliorations de la qualité sont réalisées (ou non), les prestataires sont **financièrement récompensés** (ou sanctionnés).

L'idée qui sous-tend le P4P est de motiver les prestataires de soins et les hôpitaux à dispenser de meilleurs soins en rémunérant explicitement la qualité, ou en sanctionnant financièrement une qualité insuffisante. C'est par ces **incitants financiers** que le P4P se distingue d'autres instruments comme les guides cliniques, les audits ou le rapportage public, qui tablent surtout sur de l'information basée sur des preuves, sur la comparaison entre collègues ou sur des effets de réputation.

Le P4P s'inscrit dans une évolution plus large vers des soins « axés sur la valeur », dont le financement est déterminé non seulement par le nombre d'interventions, mais aussi par leur qualité. Depuis les années 2000, de nombreux pays ont introduit des programmes P4P, et ce aussi bien pour la première ligne que pour les hôpitaux.

Encadré 1 – Comment définir la qualité des soins ?

Dans cette étude, nous avons utilisé la **définition de la qualité des soins** telle qu'elle figure dans le dernier rapport sur la Performance du système de santé belge (2024), à savoir **« la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment »**.

La qualité des soins recouvre différents volets. Dans ce rapport, nous avons également repris la subdivision du rapport Performance, qui repose sur cinq sous-dimensions : l'efficacité, la sécurité, l'adéquation et la continuité des soins, et les soins centrés sur la personne.

Il existe également des définitions plus larges, qui intègrent par exemple des considérations comme l'efficience, l'accessibilité ou l'équité. Celles-ci peuvent toutefois estomper la distinction entre la qualité des soins au sens strict et la notion plus large de performance du système de santé.

1.3 Le P4P, une idée attrayante aux effets incertains

Nonobstant l'enthousiasme initial, les **preuves de l'efficacité** du P4P dans les soins hospitaliers sont longtemps restées peu convaincantes, avec des résultats très variables. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas non plus d'**approche uniforme du P4P**, qui constitue plutôt un ensemble complexe et hétérogène de mesures et de choix conceptuels aux caractéristiques et objectifs divers. Ce sont en grande partie ces choix qui déterminent si le programme va fonctionner, mais nous manquons encore de preuves univoques quant à l'approche la plus efficace.

C'est pour cette raison que des experts internationaux plaident aujourd'hui en faveur d'une **révision critique du P4P** et d'un glissement vers d'autres modèles de financement davantage axés sur la création de « valeur ».

1.4 Objectif de l'étude

Un programme P4P pour les hôpitaux aigus existe dans notre pays depuis 2018, et une forte augmentation de son budget en 2024 (de 7,2 à 40 millions d'euros) a ravivé le débat à ce sujet parmi les décideurs politiques et les parties prenantes.

Initialement, le KCE avait été chargé de formuler des recommandations pour la révision du programme P4P belge, recouvrant entre autres le développement d'une nouvelle série d'indicateurs de qualité et l'adaptation de la manière dont les incitants financiers sont mis en place et dont le budget est réparti.

Les preuves convaincantes que le P4P améliore vraiment la qualité des soins hospitaliers étant assez limitées, nous avons choisi de réaliser d'abord une **évaluation approfondie et actualisée des connaissances scientifiques disponibles**. Dans cette étude, nous nous intéressons aux effets recherchés et aux possibles effets indésirables, et nous examinons quels choix conceptuels et facteurs contextuels déterminent si le P4P est ou non efficace. Cette analyse est essentielle pour tirer des enseignements et pour formuler des recommandations susceptibles de contribuer à des améliorations *evidence-based* du programme P4P belge.

1.5 Questions de recherche

Nous nous sommes efforcés d'apporter une réponse aux questions de recherche suivantes :

1. Le P4P est-il une stratégie efficace et adéquate pour améliorer la qualité des soins hospitaliers ? Cette approche devrait-elle être appliquée en Belgique ?
2. Si oui, sous quelles conditions le P4P devrait-il être mis en œuvre, et quelles devraient en être les caractéristiques conceptuelles ?

1.6 Comment avons-nous procédé ?

La présente étude s'appuie sur un rapport KCE de 2009, qui investiguait **les avantages, les inconvénients et la faisabilité du paiement à la qualité en Belgique**. Ce premier rapport couvrait toutefois un champ plus large, puisqu'il concernait aussi les soins de première ligne. Il date aussi d'une époque où la Belgique ne disposait pas encore d'un programme P4P.

Nous avons utilisé une méthodologie mixte. Tout d'abord, nous avons **dressé le tableau du programme P4P belge** et de son évolution à l'aide de la littérature scientifique et de la littérature grise.

Dans un second temps, nous avons réalisé, en collaboration avec une équipe danoise, une revue systématique de la littérature pour explorer **l'impact des programmes P4P sur la qualité des soins** dans les hôpitaux aigus, et pour recueillir un éclairage concernant la conception et l'implémentation de tels programmes. L'étude de littérature a inclus 90 études portant sur 31 programmes P4P, publiées entre 2008 et 2025.

Nous avons également examiné quelles sont les leçons à tirer des expériences P4P dans d'autres pays. Après une étude exploratoire et la consultation d'experts, nous avons dressé le tableau d'une quarantaine de programmes P4P actifs ou clôturés ciblant les hôpitaux dans des pays à revenu élevé. **Nous en avons retenu cinq en vue d'une analyse comparative plus approfondie** :

- le programme *Hospital Value-Based Purchasing* (HVBP) de Medicare aux États-Unis ;
- le programme *Commissioning for Quality and Innovation* (CQUIN) en Angleterre ;
- les *Best Practice Tariffs* (BPT) en Angleterre ;
- le C*linical Practice Improvement Payment* (CPIP) et les *Quality Improvement Payments* (QIP) dans le Queensland (Australie) ;
- l'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) en France.

Les résultats de l'étude de la littérature et de la comparaison internationale ont ensuite été discutés avec des **experts et parties prenantes belges**, avec une attention toute particulière **à la faisabilité et à la désirabilité d'un programme P4P en Belgique**.

Enfin, le rapport a fait l'objet d'une **validation** scientifique par trois experts indépendants.

Pour plus d'informations sur la méthodologie et les résultats détaillés, nous vous invitons à consulter les chapitres correspondants du rapport scientifique.

2 LE P4P PEUT-IL AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS HOSPITALIERS ?

2.1 Pas une stratégie universelle d'amélioration de la qualité

2.1.1 Pas d'amélioration univoque des résultats pour les patients

Pour notre étude, nous avons analysé la littérature scientifique la plus récente. Comme dans des recherches antérieures, il n'est **pas démontré de façon convaincante que le P4P peut améliorer de manière systématique la qualité des soins dans les hôpitaux aigus**. Des effets positifs sont observés pour certains programmes, mais ces résultats reposent souvent sur une étude unique et peuvent être impactés par un biais de publication[a]. Les résultats des programmes P4P pour lesquels il existe davantage de données probantes apparaissent comme plus variables, avec des améliorations généralement transitoires ou contredites par des analyses plus robustes. Les effets des programmes P4P sont donc hétérogènes, ambigus ou limités.

Les programmes étrangers que nous avons étudiés plus en détail confirment ce tableau. Pour les programmes HVBP (États-Unis), IFAQ (France) et CQUIN (Angleterre), on constate peu ou pas d'impact sur les résultats pour les patients. Le programme *Best Practice Tariffs* (BPT) anglais constitue une exception notoire, avec une amélioration démontrable de la qualité des soins pour les fractures de la hanche. Le programme QIP dans le Queensland (Australie) montre également des résultats partiellement positifs, en particulier pour les soins aux patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC).

Ce manque de résultats cohérents ne provient pas uniquement du fait que les programmes P4P ne sont pas suffisamment perfectionnés : même ceux qui ont été affinés au fil du temps ou qui reposent sur des expériences antérieures ne permettent pas d'obtenir des résultats clairement plus robustes ou plus durables. Ce constat trahit donc un problème plus profond : il est manifestement difficile d'ajuster les incitants financiers d'une manière telle que la qualité des soins en est réellement améliorée.

2.1.2 Des effets connexes positifs, mais aussi des risques

Les programmes P4P peuvent également avoir un certain nombre d'**effets connexes**. Ceux-ci sont parfois **positifs**, lorsque les avancées au niveau des processus de soins que l'on cherche à stimuler se propagent à d'autres processus qui n'étaient pas activement stimulés, par exemple via des échanges de connaissances ou l'adaptation de trajets de soins.

Ces effets involontaires peuvent toutefois aussi être négatifs, lorsqu'ils provoquent une **focalisation excessive des efforts sur les soins qui sont mesurés et récompensés** au détriment d'autres prestations qui ne sont pas moins importantes. Les gains de qualité dans les domaines récompensés peuvent alors s'accompagner de reculs à d'autres niveaux. D'un autre côté, les hôpitaux peuvent

---

[a] Le terme de « biais de publication » fait référence au fait que les études dont les résultats sont positifs ou significatifs sont plus souvent publiées que celles qui ont livré des résultats négatifs ou non significatifs.

aussi adapter leur manière d'enregistrer ou de rapporter des informations, de manière à obtenir de meilleurs scores aux indicateurs (et donc le bénéfice financier qui en découle) sans vraiment améliorer la qualité des soins (***gaming***). Ces comportements peuvent être opportunistes, par exemple en l'absence de contrôles suffisants, mais ils peuvent aussi être une réaction logique lorsqu'une vraie amélioration semble difficile à réaliser.

2.1.3 Le rapport coût-efficacité et l'équité trop peu étudiés

Notre recherche n'a pas spécifiquement ciblé les études portant sur le rapport coût-efficacité, mais nous avons par contre examiné si les études reprises dans notre revue rapportaient des résultats de ce type. Il en ressort que **les données probantes sur le rapport coût-efficacité du P4P sont peu nombreuses**. La question de savoir si ce système offre un bon « **rapport qualité-prix** » n'est donc pas clairement tranchée. Son impact sur l'**équité** non plus n'est pas univoque : le programme CQUIN avait par exemple des effets aussi bien positifs que négatifs à ce niveau, tandis que le programme HVBP est critiqué parce qu'il sanctionne de manière disproportionnée les hôpitaux qui soignent une population de patients plus vulnérable.

2.2 Le P4P peut induire des effets positifs, sous des conditions strictes

Globalement, ce rapport indique que le P4P n'est **pas une stratégie universellement applicable pour améliorer la qualité des soins hospitaliers**. En comparaison avec le précédent rapport du KCE sur le paiement à la qualité (2009), qui se basait en partie sur des preuves plus positives en provenance de la première ligne, cette nouvelle étude dédiée spécifiquement aux soins hospitaliers débouche sur une interprétation plus réservée de l'efficacité du P4P.

D'un autre côté, le rapport montre que les programmes P4P sont **très hétérogènes**, et que leur conception impose de poser un ensemble de choix complexe. Pour la capacité du P4P à améliorer la qualité des soins, la littérature souligne de longue date l'importance cruciale tant de cet aspect conceptuel que du contexte dans lequel le programme sera appliqué.

Dans notre rapport, nous avons **regroupé** ces éléments pour mieux comprendre comment certains facteurs conceptuels et contextuels peuvent déboucher sur de meilleurs résultats, mais aussi pourquoi, dans d'autres circonstances, l'effet reste limité, de courte durée ou assorti de conséquences involontaires.

Nos résultats montrent que, dans les hôpitaux, les chances que le P4P ait un réel impact sont **subordonnées à certaines conditions**. Ce n'est que si ces conditions sont réunies que le P4P peut contribuer à des changements réels et durables au sein des hôpitaux.

2.2.1 Implication des parties prenantes

Il est **essentiel d'impliquer les parties prenantes – et en particulier les prestataires qui exercent des activités de soins –** dans la conception et la mise en œuvre des programmes P4P. Si ce n'est pas le cas, les initiatives de qualité peuvent rapidement être perçues comme une contrainte imposée de l'extérieur et déconnectée de la pratique quotidienne, comme on a pu le voir par exemple dans des programmes *top-down* comme l'IFAQ. Une implication active aide les prestataires à s'approprier le système, respecte leur autonomie professionnelle et contribue à un meilleur alignement de leur motivation intrinsèque et extrinsèque.

Ceci ressort clairement d'exemples internationaux. Dans le Queensland, l'implication étroite des parties prenantes était perçue comme un déterminant essentiel de la réussite du programme, notamment dans les soins aux patients victimes d'un AVC. À l'inverse, une implication limitée des cliniciens a été considérée comme l'un des points faibles du programme CQUIN.

La **manière** d'organiser cette implication varie, mais elle repose souvent sur une approche multidisciplinaire. Elle peut prendre forme par le biais des réseaux cliniques (comme dans le

Queensland[b]) ou via le développement conjoint d'indicateurs et de programmes sur une base consensuelle (comme dans le programme HVBP). Cette implication s'étend parfois sur tout le cycle de vie du programme, de sa conception à sa révision et à sa suppression progressive, comme dans le programme BPT en Angleterre.

Néanmoins, on constate aussi des **problèmes** manifestes. Ainsi, le manque de temps disponible pour la concertation, l'absence de structures claires pour organiser l'implication des cliniciens, et la complexité ou le manque de transparence des indicateurs et des incitants compliquent une implication large et durable.

2.2.2 Développer des indicateurs bien étayés

Des **indicateurs bien étayés** sont également essentiels. Ils renforcent la crédibilité et l'acceptabilité du programme P4P, en particulier lorsqu'ils s'appuient sur des guides de bonne pratique clinique existants ou sur la littérature scientifique. Des programmes tels que BPT et CQUIN reposent sur des guides de pratique clinique existants, tels que ceux développés par le NICE. En France aussi, la littérature scientifique joue un rôle important dans le développement des indicateurs.

Les indicateurs de qualité sont généralement regroupés en plusieurs catégories suivant qu'ils mesurent **des aspects structurels, des processus, des résultats ou les expériences des patients**. Ces différents éléments sont présents dans des proportions variables : dans la majorité des systèmes européens, ce sont les indicateurs de processus qui dominent, tandis que les indicateurs de résultats sont les plus développés dans le programme HVBP de Medicare aux États-Unis. Les indicateurs de structure sont relativement limités ; ils sont utilisés surtout pour satisfaire à des exigences organisationnelles de capacité ou d'accréditation. Les expériences des patients sont mesurées par le biais d'enquêtes, mais restent subordonnées aux mesures de processus dans la majorité des systèmes.

Nos résultats montrent que le P4P a plus de chances d'être couronné de succès lorsque les indicateurs ciblent des processus de soins que les prestataires peuvent réellement influencer, et qui présentent un lien clairement démontrable avec les résultats pour les patients.

Par ailleurs, la **disponibilité de données récentes** est un autre facteur essentiel. Des données actuelles et disponibles en temps utile sont nécessaires pour un suivi fiable des indicateurs, et pour évaluer et ajuster correctement l'effet des programmes P4P.

2.2.3 Des incitants financiers efficaces

Les **incitants financiers efficaces** présentent une série de caractéristiques communes : ils sont **suffisamment importants, ciblés et prévisibles**, et s'inscrivent dans un système de récompenses et de sanctions **transparent**.

Lorsque les incitants financiers sont **clairs et stables**, il est plus simple pour les hôpitaux de décider en interne d'investir dans l'amélioration de la qualité. D'un autre côté, le fait que les incitants financiers soient rendus explicites vont aussi les amener à peser le pour et le contre : les possibles bénéfices financiers compensent-ils les coûts, mais aussi la perte de revenus découlant par exemple d'une réduction de certaines activités de soins ? **Si les incitants sont trop modestes**, les hôpitaux seront moins enclins à investir. Ceux dont les prestations sont déjà moins bonnes ou qui sont soumis à une pression financière, en particulier, risquent alors de décrocher, ce qui peut entraîner un cercle vicieux de sous-performance.

---

[b] Dans le Queensland, un réseau clinique est construit autour d'un domaine de soins spécifique au sein duquel collaborent cliniciens, autres professionnels des soins, patients et autres parties prenantes importantes. Le réseau apporte un soutien aux prestataires de soins et aux décideurs sous la forme de conseils d'experts, de formations et d'améliorations de la qualité et de la sécurité des soins.

Dans le programme CQUIN, les hôpitaux estimaient que la charge administrative était disproportionnée par rapport aux bénéfices financiers limités, ce qui a contribué à la mise en pause du système. Dans des programmes comme IFAQ et HVBP aussi, les incitants ont été jugés trop modestes pour entraîner de vrais changements ou investissements. Il y a toutefois aussi des **exemples positifs**. Le programme BPT pour les fractures de la hanche offrait par exemple aux hôpitaux un flux de rentrées financières plus stable et plus prévisible, ce qui leur a permis d'investir à plus long terme, par exemple dans du personnel spécialisé.

Il ressort également de notre analyse que la probabilité d'obtenir des résultats positifs est accrue surtout pour les **incitants avec des seuils absolus**. Ce système suppose que l'hôpital touche une rémunération lorsqu'il atteint une norme ou un objectif précis, mais pas ou moins lorsque ce n'est pas le cas. L'évaluation est donc réalisée sur la base de critères fixes, plutôt que par rapport aux résultats d'autres hôpitaux. Pour éviter un financement de type « tout ou rien », cette approche utilise souvent plusieurs seuils, un seuil inférieur et un seuil supérieur, entre lesquels la rémunération augmente de façon progressive à mesure que les prestations s'améliorent.

Nous n'avons pas pu établir s'il vaut mieux récompenser les hôpitaux parce qu'ils ont atteint un certain niveau, parce qu'ils ont progressé ou **pour une combinaison des deux facteurs**. À l'étranger, certains programmes comme HVBP et IFAQ combinent les deux, tandis que CQUIN est passé d'un modèle axé sur l'amélioration vers un modèle où les hôpitaux sont encouragés à atteindre un certain niveau.

Par ailleurs, il n'existe pas de preuves claires que des **bonus** fonctionnent mieux que des **amendes ou sanctions financières**. Les experts belges donnent plus souvent la préférence aux bonus, financés par des moyens supplémentaires. En théorie, des amendes pourraient toutefois être plus efficaces dans certains cas, parce que les hôpitaux veulent éviter une perte financière. Des sanctions peuvent aussi avoir leur utilité face à de mauvaises prestations qui ne s'améliorent pas. Dans les programmes P4P qui appliquent des sanctions, la participation est souvent obligatoire.

2.2.4 Des objectifs réalisables et sous le contrôle des prestataires et de l'hôpital

Une autre condition fondamentale est que les **objectifs fixés soient réalisables, et que leur réalisation soit aussi entre les mains des prestataires de soins et des hôpitaux**. Il faut donc que **les actions des prestataires puissent réellement induire le changement**. Des incitants financiers auront peu d'effet si le temps, les moyens ou le personnel disponibles font défaut, ou que la flexibilité nécessaire n'est pas possible au sein de l'organisation.

Par ailleurs, des **limitations externes** jouent également un rôle. Parfois, les hôpitaux ou les prestataires de soins n'ont qu'un impact limité sur certains objectifs, par exemple parce que ceux-ci sont fortement influencés par l'état de santé des patients ou par des facteurs démographiques ou socio-économiques. Ceci peut non seulement compromettre la faisabilité des objectifs, mais aussi entraîner des comportements de *gaming*.

Une manière de répondre à ce problème est de récompenser davantage des **processus** concrets et réalisables **plutôt que des résultats**, même si ceux-ci sont ajustés pour différents risques. C'est pour cette raison que, lors de la réforme du programme CQUIN en 2019, les responsables ont sciemment opté pour des indicateurs de processus.

Les données des programmes IFAQ et HVBP montrent en outre que les hôpitaux qui affichent de bonnes prestations conservent souvent leur avance, tandis que **ceux dont les prestations sont moins bonnes risquent de décrocher** si le fossé devient trop important. Certains programmes s'efforcent de remédier à ce problème en adaptant les objectifs à la situation de départ des hôpitaux. Ainsi, dans le Queensland, le programme QIP pour les soins aux patients victimes d'un AVC fonctionnait avec des objectifs différenciés : les hôpitaux avec une nouvelle unité AVC avaient plus de temps pour s'améliorer, tandis que les équipes plus expérimentées se voyaient imposer des objectifs plus ambitieux et des trajectoires plus rapides.

2.2.5 *Des objectifs axés sur les domaines pour lesquels il persiste une marge d'amélioration*

Un autre **facteur important** est qu'il doit **rester une marge d'amélioration réelle**. Les incitants fonctionnent le mieux lorsqu'ils ciblent des domaines où le niveau de performance est encore relativement faible et où des progrès sont donc possibles. Dans le Queensland, le succès du programme QIP pour les soins aux patients victimes d'un AVC a par exemple été attribué à cette combinaison : un accès encore limité aux unités AVC spécialisées et des preuves robustes de la plus-value de ces unités. Ceci a permis d'améliorer durablement les résultats.

Par contre, lorsque le niveau de qualité est déjà élevé, les incitants se heurtent rapidement à un plafond. Il devient alors difficile de s'améliorer davantage, avec pour conséquence que l'impact sur les processus de soins et les résultats des patients reste limité voire négligeable.

Ceci souligne aussi l'importance d'un **ajustement régulier des objectifs**. Les indicateurs doivent être adaptés ou supprimés en temps utile et d'une manière contrôlée, parce que l'effet des incitants s'estompe dès lors que certaines pratiques deviennent routinières.

Dans le programme HVBP, les indicateurs sont par exemple supprimés dès que la plupart des hôpitaux ont atteint un niveau de qualité élevé. Une approche comparable est utilisée en Angleterre : les indicateurs CQUIN pour lesquels les scores sont durablement élevés disparaissent ou sont intégrés à des normes contractuelles contraignantes.

2.2.6 *Dans le cadre d'une politique plus large d'amélioration de la qualité*

Enfin, un **dernier facteur important** est la présence d'une **politique soutenante**. Les incitants financiers fonctionnent le mieux lorsqu'ils s'inscrivent dans une approche plus large, incluant notamment des systèmes d'audit et de feedback, des réseaux cliniques, un benchmarking et un rapportage public.

Le benchmarking (comme pour CQUIN) et le rapportage public (comme pour HVBP et IFAQ) peuvent renforcer l'effet des incitants financiers en créant un incitant lié à la réputation, qui peut représenter pour les hôpitaux une motivation supplémentaire à améliorer leurs prestations.

Pour limiter la charge administrative, mieux vaut utiliser le plus possible des données existantes, suivant le principe « un seul enregistrement, plusieurs utilisations ». Les données collectées dans le cadre du P4P peuvent ainsi être exploitées de façon plus large.

Enfin, un cadre stratégique clair, avec des **priorités nationales d'amélioration de la qualité**, est essentiel. Un tel cadre peut aider à choisir la bonne combinaison d'initiatives d'amélioration de la qualité, et veiller à ce que les différentes initiatives se renforcent mutuellement. Cette approche à moyen-long terme est également présente au sein du *National Health Service* (NHS) britannique, et dans des programmes comme BPT et CQUIN.

2.3 Conclusion : utiliser le P4P de façon sélective, avec toute la prudence requise

Un constat important est que rares sont les programmes existants qui satisfont simultanément à toutes ces conditions. En outre, tous les domaines de soins ne s'y prêtent pas. La prise en charge des AVC pourrait faire exception, en ce sens qu'elle combine des pratiques *evidence-based* claires et efficaces avec de meilleurs résultats *et* une marge d'amélioration suffisante.

De **nombreux résultats** que les décideurs veulent améliorer – comme les expériences des patients, les soins chroniques ou l'égalité en matière de santé – **se prêtent moins bien à cette approche**. Il arrive souvent qu'un processus clair, réalisable et *evidence-based* fasse défaut, ou que les résultats découlent d'interactions complexes à l'intérieur du système de soins de santé et de facteurs sociétaux plus larges plutôt que d'actions au sein d'un hôpital individuel.

L'utilisation isolée du P4P dans la poursuite de tels objectifs s'accompagne donc des risques d'effets involontaires et indésirables mentionnés plus haut, tels qu'une focalisation sélective sur les indicateurs

mesurables et un comportement de *gaming*. Même des programmes soigneusement conçus n'offrent pas de garanties de réussite. Ainsi, la réforme de CQUIN en 2019 a été développée autour d'interventions simples, *evidence-based* et jouissant d'un large soutien, et alignée sur les priorités nationales et sur d'autres initiatives de qualité. Pourtant, le programme a finalement été suspendu en 2024, sans preuves claires qu'il ait induit des améliorations durables au niveau des résultats pour les patients.

Il est donc important que les décideurs **ne voient pas le P4P comme une solution universellement applicable pour l'amélioration de la qualité, mais comme un outil qui ne fonctionne que si des conditions bien précises sont réunies.** La question de savoir **si le système est prêt** est au moins aussi importante que la conception du programme : la capacité organisationnelle, le soutien administratif, les stratégies complémentaires et l'implication des professionnels des soins sont-ils suffisants ?

Si ces conditions ne sont pas réunies, **des stratégies différentes ou complémentaires d'amélioration de la qualité pourraient être plus indiquées**, avec un risque moindre d'effets indésirables et une utilisation plus efficiente de moyens limités.

Ce tableau est confirmé par des échanges avec les **experts et parties prenantes belges**. Bien que la majorité soutiennent le principe du P4P, ils se montrent aussi critiques vis-à-vis de sa concrétisation actuelle. Ils y voient un outil utile pour contrebalancer le financement lié à l'activité, qui peut involontairement récompenser une piètre qualité des soins, mais aussi pour rendre la qualité plus visible dans la prise de décision. Néanmoins, le manque de preuves convaincantes de l'efficacité du P4P représente un obstacle majeur à un soutien plus large parmi les professionnels des soins de santé.

Il y a néanmoins un large consensus sur le fait que **le P4P peut être utilisé de façon ciblée, dans les conditions spécifiques mentionnées plus haut** : une implication forte des parties prenantes, des indicateurs de processus utilisables et scientifiquement fondés dans des domaines comportant une marge d'amélioration, et un bon alignement avec d'autres outils stratégiques comme le benchmarking et le rapportage public.

Vous trouverez plus d'informations sur la revue systématique de la littérature scientifique et l'analyse internationale aux chapitres 3 et 4 du rapport scientifique.

3 LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE EN BELGIQUE : ÉTAT DES LIEUX ET LIMITATIONS

L'évaluation du programme P4P belge sous sa forme actuelle, à l'aune des conditions spécifiques détaillées au chapitre précédent, met en évidence une série de limitations. Nombre de ces points ont aussi été confirmés par les experts et parties prenantes belges.

3.1 Le financement via le P4P reste assez limité

Un programme P4P destiné aux hôpitaux aigus a été mis en place en 2018 dans notre pays, dans le but **de mettre davantage l'accent sur la qualité dans le financement hospitalier**. Ce programme a remplacé les anciens contrats de qualité forfaitaires. La participation au programme P4P est volontaire mais, dans la pratique, tous les hôpitaux aigus y prennent part. En 2024, le budget P4P a plus que quintuplé, passant de 7,2 à 40 millions d'euros.

En dépit de cette augmentation conséquente du budget, le rôle de la qualité des soins reste jusqu'ici **limité** dans le financement hospitalier belge, qui reste largement basé sur l'activité et récompense donc surtout le volume des soins dispensés, et moins leur qualité. Le programme P4P représente environ 0,4 % du budget octroyé aux hôpitaux par les autorités publiques (Budget des Moyens Financiers), et 0,15 % des rentrées totales des hôpitaux.

3.2 Budget fermé et glissement vers des indicateurs de structure

Le programme P4P a été adapté à plusieurs reprises au cours des dernières années. Comme mentionné plus haut, le **budget** a plus que quintuplé en 2024. Il s'agit d'un **budget fermé**, réparti entre les différents hôpitaux. De ce fait, la rémunération d'un hôpital donné dépend aussi des résultats des autres, ce qui engendre une concurrence entre hôpitaux pour les moyens disponibles.

Dans le même temps, l'accent s'est déplacé d'un large ensemble d'**indicateurs** de structure, de processus et de résultats vers une sélection plus limitée, où les indicateurs de processus (enregistrement des cancers et antibiothérapie prophylactique) ont perdu en importance au profit des indicateurs de structure, de plus en plus dominants. Les **trois indicateurs de structure actuels,** qui représentent environ 60 % du budget P4P, concernent l'accréditation, la participation à des systèmes d'enregistrement de la qualité et à des labels de qualité, et la mesure des expériences des patients. Bien qu'une bonne collecte de données représente une base indispensable pour l'amélioration de la qualité, elle ne débouche pas automatiquement sur de meilleurs résultats pour les patients. Pour l'accréditation aussi, la littérature rapporte un effet limité ou inexistant sur les résultats pour les patients, en dépit de quelques répercussions positives sur les processus de soins et le développement professionnel. Le programme apparaît donc plus comme une rémunération des efforts d'enregistrement et d'accréditation que comme un vrai moteur d'amélioration de la qualité.

Les indicateurs de structure sont complétés par **un seul indicateurs de résultat : la mortalité à l'échelle de l'hôpital**, corrigée en fonction des caractéristiques des patients. Cet indicateur est aussi influencé par des facteurs tels que les caractéristiques des patients et des facteurs démographiques et socio-économiques, et est controversé dans la littérature. Même lorsqu'une correction pour ces paramètres est effectuée lors du calcul de l'indicateur, les hôpitaux ne peuvent l'influencer que de façon limitée. De ce fait, cet indicateur peut être perçu comme un objectif injuste ou difficilement atteignable, et la manière dont est lié à des processus de soins concrets n'est souvent pas très claire. Ceci peut miner la confiance et même alimenter des effets indésirables comme les comportements de *gaming*. En outre, la manière dont cet indicateur est calculé et financé est relativement complexe, et il n'est pas assorti de seuils de performance absolus.

En outre, des **modifications fréquentes des indicateurs de processus et de résultats** au fil du temps, l'utilisation de **données obsolètes** et les incertitudes quant à la **durée sur laquelle portent les indicateurs** n'encouragent guère les investissements durables et les changements de comportement à long terme.

3.3 D'une large implication à un pilotage plus centralisé

Le programme P4P belge initial et ses adaptations ont été concrétisés par le **groupe de travail** stratégique P4Q, présidé par le SPF Santé publique. Le fonctionnement de ce groupe de travail reposait sur un processus de cocréation où étaient impliqués l'administration publique, la cellule stratégique du ministre fédéral de la Santé publique, l'INAMI, les hôpitaux aigus, les organisations professionnelles de prestataires de soins et des experts. Des groupes d'experts spécifiques à certains domaines, composés entre autres de cliniciens et de scientifiques, ont également contribué au développement des indicateurs.

Au cours des premières années, le programme et ses indicateurs étaient revus une fois par an par le groupe de travail. Celui-ci a toutefois été **suspendu** en 2021, au cours de la pandémie du COVID-19, et n'a jamais été relancé par la suite. Depuis, ce sont surtout la cellule stratégique du ministre et le SPF Santé publique qui pilotent le programme.

3.4 Un feedback individuel sans rapportage public

Le programme P4P est largement **indépendant d'autres politiques.** Les hôpitaux reçoivent des **rapports de feedback individuels** qui peuvent les aider pour le suivi interne de la qualité. Ces rapports ne comportent toutefois pas de comparaison avec d'autres hôpitaux ni de moyennes nationales, de telle sorte qu'**un benchmarking n'est pas possible**. À l'heure actuelle, les résultats ne sont pas non plus rendus publics.

De façon plus générale, le programme P4P belge n'est **pas intégré à une stratégie de qualité cohérente de plus grande envergure**, où différents outils stratégiques seraient alignés sur des priorités partagées. L'impact potentiel reste donc limité.

3.5 Un lien ténu entre amélioration de la qualité et financement P4P

L'impact du programme P4P belge sur la qualité des soins ou les résultats pour les patients n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation approfondie. Une étude belge de Brouwers et al. (2024)[c] a par contre analysé la **relation entre les scores P4P et le financement** au cours de la période 2018-2020.

Il en ressort que la majorité des hôpitaux ont amélioré leurs scores, mais que **ceci ne s'est pas toujours traduit par un financement plus élevé**. Cela s'explique par le fait que le programme fonctionne avec un budget fermé, de telle sorte que le financement dépend de la performance de l'ensemble des hôpitaux. Ainsi, près d'un tiers des hôpitaux ont vu leur financement P4P diminuer en dépit de scores stables ou en hausse.

Par ailleurs, le système semble **favoriser les grands hôpitaux**. Les établissements de grande taille (> 800 lits agréés) ont plus souvent vu leurs revenus augmenter que les petits (< 400 lits agréés). Il est aussi frappant de constater que les hôpitaux qui affichaient de bonnes prestations lors du lancement du programme ont souvent, par la suite, été confrontés à une baisse plus marquée de leur financement P4P que les hôpitaux dont les résultats étaient moins bons.

3.6 Conclusion : le programme actuel ne remplit pas les conditions nécessaires

Bien qu'une évaluation formelle de l'impact du programme P4P belge ne soit pas disponible, ces caractéristiques indiquent qu'il **ne répond pas aux conditions** qui maximiseraient les chances que le P4P atteigne son but. Il est donc peu probable qu'il permette, dans l'état actuel des choses, de réaliser une amélioration significative et durable de la qualité des soins.

Vous trouverez plus d'informations sur le programme P4P belge au chapitre 2 du rapport scientifique.

[c] Brouwers J. et al. (2024). Effect on hospital incentive payments and quality performance of a hospital pay for performance (P4P) programme in Belgium. Journal of Healthcare Quality Research. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.02.005

4 LE RÔLE FUTUR DU P4P EN BELGIQUE

Au chapitre précédent, nous avons confronté le programme P4P belge actuel aux résultats de notre étude scientifique, ce qui nous a permis de constater un certain nombre de lacunes importantes. Sur la base de l'analyse scientifique, de l'avis de panels composés de 18 experts belges et de la concertation avec les parties prenantes (voir colophon), nous avons identifié les conditions préalables à un rôle futur du P4P dans notre pays.

4.1 Commencer par les priorités, pas par le P4P

Une **première étape** sera de poursuivre l'élaboration d'une **vision claire de la qualité précisant ce qui doit faire l'objet d'améliorations**. Le recours au P4P dans le futur doit pouvoir s'appuyer sur des priorités sans équivoque en matière de qualité, mettant l'accent sur les domaines où une amélioration est nécessaire et où des avancées significatives sont possibles.

Ceci s'inscrira de préférence dans le cadre d'une **stratégie de qualité nationale de plus grande ampleur**. Un premier jalon en ce sens a été posé avec la création récente d'une Plateforme Interfédérale pour la Qualité des Soins dans les Hôpitaux. Reste à présent à développer et affiner davantage cette vision stratégique sur la base d'objectifs de santé, de données probantes scientifiques concernant les différences et variations de qualité, et des problèmes de qualité rapportés par le terrain, par exemple via l'input des médecins-chefs et chefs de services médicaux.

Une **seconde étape** sera d'examiner **pour quelles priorités le P4P pourrait réellement représenter un outil adéquat**. Comme nous l'avons expliqué au chapitre 2, le P4P ne fonctionne en effet que dans des situations spécifiques et clairement balisées. Dans bien des cas, d'autres stratégies d'amélioration de la qualité sont plus indiquées.

Le P4P donne sa pleine mesure surtout dans les situations où il peut **accélérer l'introduction de pratiques à l'efficacité prouvée, mais qui ne sont pas encore appliquées partout de façon cohérente**. Cela peut être le cas, par exemple, lorsque leur mise en œuvre s'accompagne de frais de lancement élevés. Il est important ici qu'il existe un lien clair et démontrable entre les actions encouragées et de meilleurs résultats pour les patients. Il est fréquent que ce lien soit le plus clair à l'intérieur de domaines de soins très spécifiques, comme par exemple la prise en charge des fractures de la hanche. Dans certains cas, il peut toutefois aussi s'observer à l'échelon de l'ensemble de l'établissement, comme par exemple pour la prévention des infections.

4.2 Respecter les conditions d'une conception de P4P efficace

Sur la base des conditions exposées plus haut (voir point 2.2), les experts consultés insistent surtout sur l'importance d'**objectifs clairs pour le recours au P4P** en termes de résultats pour les patients. Dans le même temps, les indicateurs de qualité doivent être **développés conjointement** avec des acteurs possédant une expertise pertinente, en impliquant les prestataires de soins actifs sur le terrain.

Les indicateurs doivent être des **indicateurs de processus concrets, dont la réalisation soit possible et sous le contrôle des prestataires de soins**. Par ailleurs, le **modèle financier doit être transparent, juste et prévisible**, et reposer idéalement sur des **valeurs-cibles absolues**. La concurrence entre hôpitaux, qui pourrait miner la collaboration et le partage des connaissances, devrait être évitée.

Le processus de conception peut être **coordonné** par la Plateforme Interfédérale pour la Qualité des Soins dans les Hôpitaux, afin de garantir sa cohérence et son alignement.

4.3 Planifier le P4P sur le long terme et en préparer la sortie

Un programme P4P doit **s'étaler sur une période prolongée**, afin de laisser suffisamment de temps aux hôpitaux pour implémenter des changements, pour investir et pour adapter leur fonctionnement. Un **cadre pluriannuel** offre pour ce faire une situation claire et prévisible, mais il doit aussi rester suffisamment flexible pour être adapté là où c'est nécessaire. Cela permet aussi plus facilement d'aligner le P4P sur d'autres initiatives d'amélioration de la qualité.

En outre, il est important de réfléchir d'emblée à la **fin des incitants financiers (quand et comment)**. Sans une bonne stratégie de sortie, le risque existe que les améliorations de la qualité s'évaporent dès que l'incitant disparaît. Les solutions possibles sont de poursuivre la collecte de données à des fins de benchmarking ou de rapportage public, d'intégrer les pratiques couronnées de succès au financement ordinaire (p. ex. par le biais d'une adaptation des montants par admission, comme dans le Queensland ou le programme BPT), ou de les ancrer dans des normes de qualité contraignantes (CQUIN). Lorsqu'une amélioration de la qualité induit des frais supplémentaires persistants pour les prestataires de soins alors que les bénéfices aboutissent ailleurs, par exemple chez les patients sous la forme d'une meilleure qualité de vie ou dans le système de santé sous la forme d'une réduction du nombre de complications ou de réadmissions, un financement structurel en-dehors du P4P peut être nécessaire pour pérenniser les bonnes pratiques.

Pour préserver la dynamique tout en veillant à ce que le système reste maîtrisable, il peut être intéressant de **travailler en plusieurs phases**, en introduisant de nouveaux programmes de façon graduelle tandis que d'autres sont progressivement démantelés. Ainsi, les priorités peuvent évoluer avec le système, il reste une place pour l'amélioration continue et les prestataires de soins ne sont pas soumis à la surcharge que représente un changement brutal.

4.4 Prévoir suffisamment de moyens

Il est essentiel de **prévoir suffisamment de moyens et de capacité**, car le P4P demande des investissements considérables en provenance du budget des autorités, en première instance pour les incitants financiers proprement dits.

Les incitants doivent être **suffisamment importants** pour réellement stimuler le changement, et peser suffisamment lourd en regard des investissements et frais d'implémentation que les hôpitaux doivent consentir pour réaliser des améliorations. D'un autre côté, des **incitants trop importants** ne sont pas coût-efficaces.

Par ailleurs, des **moyens** doivent être prévus notamment pour le soutien administratif, la collecte de (nouvelles) données et les stratégies complémentaires. Un benchmarking est nécessaire, parce qu'il renforce l'impact des incitants financiers par le biais d'effets de réputation et peut rendre l'utilité de l'enregistrement des données plus évidente pour les prestataires de soins. Le rapportage public, les initiatives d'apprentissage partagé et d'autres initiatives complémentaires d'amélioration de la qualité peuvent encore amplifier cet effet.

Enfin, il est important que le **financement du P4P ne se fasse pas aux dépens du budget destiné à la dispensation des soins**, faute de quoi des aspects comme une dotation en personnel offrant les garanties de sécurité nécessaires, la qualité de base des soins et la capacité organisationnelle à réaliser des améliorations risquent d'être mis sous pression.

4.5 La flexibilité locale est une piste, mais avec des limites claires

Certains experts plaident pour que le système laisse plus de place à des **choix locaux**, afin que les programmes nationaux rejoignent mieux les besoins et priorités spécifiques des hôpitaux individuels. Ceci pourrait par exemple être réalisé par le biais d'un « menu » limité d'objectifs parmi lesquels les hôpitaux peuvent eux-mêmes choisir ceux qu'ils jugent les plus pertinents, comme c'est déjà le cas aujourd'hui dans le trajet AMR du projet AIM[d].

Cette flexibilité locale était aussi une caractéristique majeure du programme CQUIN. Elle aide à tenir compte des différences entre hôpitaux et renforce aussi leur implication, leur appropriation du système et leur motivation. En outre, elle réduit le risque que les prestataires de soins ne décrochent parce que les objectifs sont imposés d'en haut.

Des **conditions importantes** doivent toutefois être remplies. Ainsi, la manière dont cette flexibilité va être organisée et balisée dans la pratique doit être clairement définie. L'élaboration des indicateurs doit continuer à se faire au niveau national, afin d'offrir des garanties de cohérence. En outre, la flexibilité ne peut pas faire obstacle au benchmarking, au rapportage public et à l'évaluation du programme P4P. Les données relatives à *tous* les indicateurs doivent donc être recueillies dans tous les hôpitaux, sauf évidemment lorsque ceux-ci ne réalisent pas certaines activités. Pour que la charge administrative reste maîtrisable, il est donc préférable de limiter le nombre de choix possibles.

4.6 Des normes de qualité *evidence-based* et des données robustes et plus récentes

Enfin, une série de **conditions importantes** qui touchent moins directement à la conception du programme P4P seront malgré tout déterminantes pour son bon fonctionnement dans la pratique.

Tout d'abord, il est nécessaire de renforcer le développement et l'application de **guides de pratique clinique**, qui sont nécessaires pour déterminer clairement quels processus de soins sont importants et pour définir des indicateurs pertinents.

Ensuite, une meilleure **infrastructure de données** est essentielle. En Belgique, les données ne sont souvent disponibles qu'après plusieurs années – c'est le cas, par exemple, du résumé hospitalier minimal (RHM) et des données de l'Agence intermutualiste (AIM) – alors que la plupart des programmes P4P étrangers fonctionnent avec un retard d'un an maximum. Une disponibilité plus rapide des données revêt donc une importance cruciale.

Enfin, la collecte de données doit être **suffisamment détaillée** pour capter les aspects importants des processus ou résultats concernés, comme par exemple le timing de certaines interventions, et les éléments à enregistrer doivent être clairement définis. Les données doivent aussi déboucher sur un feedback utilisable pour les hôpitaux, pouvoir être couplées aux résultats-patients afin d'évaluer l'impact du programme, et pouvoir être partagées à des fins de recherche scientifique et stratégique sur la qualité des soins. Des mécanismes d'audit et de contrôle sont également nécessaires pour lutter contre le *gaming*.

Le **cadre légal** doit donc aussi rendre possible un échange et un couplage fluide des données. Sans ces bases fondamentales, l'efficacité du P4P est vraisemblablement vouée à rester limitée.

---

[d] AIM est un projet récent visant à ancrer la gestion antimicrobienne, la prévention et la lutte contre les infections et la surveillance microbiologique, qui comporte en partie un élément de P4P.

5 CONCLUSION GÉNÉRALE

Le paiement à la performance devrait se comprendre comme un ensemble complexe de choix conceptuels qui, ensemble, déterminent dans quelle mesure cette approche pourrait améliorer la qualité des soins. Dans l'ensemble, les données disponibles indiquent que son impact sur la qualité des soins dans les hôpitaux est limité, avec des effets souvent hétérogènes, ambigus ou temporaires. En outre, le rapport coût-efficacité de cette approche est mal établi, et elle comporte un risque d'effets indésirables. Nos résultats montrent toutefois aussi que les chances que le P4P ait un impact positif augmente sous certaines conditions bien spécifiques. Le P4P n'est donc pas une solution standard, universelle, mais plutôt un **outil complémentaire** qui n'a de sens que dans certaines situations bien précises. Il demande donc une **approche prudente et ciblée**.

Il peut être utile pour accélérer l'adoption de pratiques *evidence-based* à l'efficacité démontrée dans des domaines où celles-ci existent et sont facilement mesurables mais restent trop peu appliquées, et où les hôpitaux ont aussi la capacité de réaliser des changements. Néanmoins, même dans ce cas de figure, les effets peuvent être **limités et transitoires** ; au final, le succès dépendra fortement de l'implication des prestataires de soins et des hôpitaux dans la conversion d'incitants financiers en changements de comportement durables. Dans les faits, le P4P fonctionne rarement de manière isolée ; le plus souvent, il s'inscrit donc dans une stratégie de qualité plus large qui recouvre également d'autres mesures.

En Belgique, le programme de P4P actuel ne répond pas à beaucoup de ces conditions, ce qui limite son impact. Une révision impose donc non seulement d'adapter le programme lui-même, mais aussi de **poursuivre le développement d'une infrastructure de données performante et d'une politique de qualité cohérente**. Dans ce cadre, il est capital de commencer par fixer des priorités claires en matière de qualité pour, ensuite, choisir la combinaison optimale d'outils stratégiques : le P4P sera parfois utile mais, bien souvent, d'autres stratégies s'avèreront plus efficaces et mieux à même d'exploiter efficacement les moyens limités disponibles.

Si P4P il y a, une **évaluation détaillée de son impact** est également importante, avec une attention particulière aux effets escomptés – tels que des améliorations des processus et des résultats pour les patients – aux effets indésirables éventuels, aux répercussions en termes d'équité et au rapport coût-efficacité.

RECOMMANDATIONS[e]

Les conclusions de ce rapport montrent que le P4P n'est pas une stratégie efficace universellement applicable pour l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers, et que la probabilité qu'il permette une amélioration de la qualité n'est accrue que dans des conditions bien spécifiques. En Belgique, le programme P4P actuel ne répond pas suffisamment à ces conditions. Sur la base des données probantes disponibles, des expériences engrangées à l'étranger et de la consultation d'experts et de parties prenantes belges, le KCE formule les recommandations suivantes.

Aux ministres fédéraux et aux ministres des entités fédérées en charge de la Santé publique, des Affaires sociales et du Bien-Être, ainsi qu'à leurs administrations, après avis des instances compétentes :

1. Continuer à développer et affiner la vision stratégique interfédérale définissant des domaines prioritaires d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux, en tenant compte :
   a. Des données scientifiques relatives aux lacunes en matière de qualité et/ou aux variations de pratiques injustifiées dans les soins hospitaliers.
   b. Des problèmes de qualité signalés par les responsables cliniques (p. ex. médecins-chefs et chefs de service).

   Cette vision doit orienter la stratégie de qualité dans les hôpitaux et s'inscrire dans le cadre d'objectifs sociétaux et politiques plus larges en matière de qualité des soins.
2. Pour chaque domaine prioritaire, déterminer quelle stratégie ou combinaison de stratégies d'amélioration de la qualité est la plus appropriée. Dans ce cadre, le P4P peut être considéré comme l'une des stratégies possibles, qui ne peut être mise en œuvre que moyennant le respect des conditions préalables suivantes :
   a. L'existence de données scientifiques robustes concernant les processus mis en œuvre dans les hôpitaux dont la contribution à l'amélioration des résultats des patients est avérée, par exemple sous la forme de guides de pratique clinique (voir également la recommandation 7).
   b. Des processus qui soient suffisamment influençables par les prestataires de soins et/ou les hôpitaux ou des décisions qui puissent être prises par ces derniers conjointement avec les patients.
   c. L'existence d'une marge d'amélioration suffisante dans les processus et résultats-patients visés.
   d. L'existence de données de qualité, valides, fiables et disponibles en temps opportun pour le suivi et l'évaluation des processus et résultats-patients visés (voir également la recommandation 6).
3. Si le choix se porte sur une stratégie P4P, son élaboration doit intégrer les éléments suivants :
   a. La définition d'objectifs clairs quant aux processus et résultats-patients visés.
   b. L'élaboration d'indicateurs de qualité scientifiquement fondés (principalement des indicateurs de processus) et de valeurs-cibles explicites, et ce en étroite collaboration avec les parties prenantes, en particulier les prestataires de soins actifs dans le domaine concerné et les experts en implémentation. Il convient de prévoir pour ce processus de cocréation à la fois suffisamment de temps et des procédures transparentes.
   c. La garantie d'une transparence publique et d'un calcul univoque des indicateurs.

[e] Le KCE reste seul responsable des recommandations.

d. La mise en place d'un financement basé sur des seuils absolus, avec possibilité d'appliquer un seuil minimal et un seuil maximal qui rendent possible un financement partiel pour les résultats situés entre ces deux seuils, afin d'éviter un financement « tout ou rien ».

e. Les mécanismes de financement qui créent une concurrence pour les ressources entre les hôpitaux sont à éviter.

f. L'application d'une méthode simple et robuste pour l'évaluation de la performance sur la base d'indicateurs de qualité et l'octroi des financements, en tenant compte, le cas échéant, de la variation statistique et de l'incertitude liée aux seuils.

g. L'élaboration d'un programme pluriannuel, par exemple sur un horizon de cinq ans, qui permette aux hôpitaux de réaliser des investissements dans un contexte stable et prévisible. Dans le cadre de ce programme pluriannuel, les seuils à atteindre pourront être adaptés de façon dynamique au fil du temps. Il est également nécessaire de déterminer de façon explicite ce qu'il adviendra à l'issue de la période.

h. La mise à disposition de ressources suffisantes en fonction de l'ampleur du programme P4P, afin de permettre aux hôpitaux d'investir dans l'amélioration de la qualité.

i. L'alignement du P4P sur les stratégies complémentaires d'amélioration de la qualité dans le cadre plus large de la vision stratégique interfédérale en matière de qualité et du domaine prioritaire (voir recommandations 1 et 2). Le benchmarking entre hôpitaux et la transparence autour de la qualité des soins représentent des exigences minimales.

4. Une coordination interfédérale et la mise en œuvre interfédérale des recommandations 1 à 3 sont indiquées et peuvent être prises en charge par la Plateforme Interfédérale pour la Qualité des Soins dans les Hôpitaux. Pour poursuivre le développement de la stratégie de qualité dans les hôpitaux, il convient de réunir une capacité et une expertise suffisantes, en collaboration avec les administrations fédérales et fédérées existantes. Ceci nécessite un mandat explicite de la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique.

5. Dans l'attente de la réforme proposée ci-dessus, trois options sont envisageables pour le programme P4P actuel :

   a. Suspendre temporairement le programme. Compte tenu des données probantes disponibles sur l'efficacité limitée du P4P en tant que stratégie universellement applicable pour l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers et des limites du programme fédéral actuel, il s'agit de l'option la plus appropriée.

   b. Poursuivre temporairement le programme avec un budget réduit, correspondant par exemple au budget antérieur à l'augmentation de 2024. Cette piste peut être envisagée afin d'éviter une rupture trop brutale pour le secteur.

   c. Poursuivre temporairement le programme sous sa forme actuelle et avec le budget actuel. Cette option est, par rapport aux autres, la moins appropriée.

6. Renforcer l'infrastructure de données, en tant que condition préalable indispensable à la mise en œuvre d'une politique de qualité et d'un programme P4P. Outre des ressources suffisantes, il convient également de mettre en place un cadre juridique adapté et clair pour le traitement et le couplage des données, afin que :

   a. Les données soient disponibles en temps utile. Le délai entre le moment où les soins sont dispensés et leur évaluation dans le cadre du P4P ne devrait pas dépasser un an. Actuellement, ce n'est pas le cas, notamment, pour le résumé hospitalier minimal (RHM) et les données de l'Agence intermutualiste (AIM).

b. Les données soient complètes pour l'évaluation des processus visés et des résultats-patients pertinents, par exemple via l'enregistrement du timing des actes pour lesquels le temps d'intervention est un facteur essentiel.

c. Les données soient de bonne qualité, notamment grâce à :

i. L'utilisation de définitions et normes d'enregistrement uniformes ;

ii. L'application systématique du principe « un seul enregistrement, plusieurs utilisations » afin de réduire la charge administrative ;

iii. La mise en place de contrôles et sanctions afin d'empêcher la manipulation du codage à des fins lucratives.

d. Les données provenant de différentes sources puissent être légalement, rapidement et facilement couplées, par exemple les données administratives des hôpitaux et des résultats-patients pertinents tels que la mortalité.

e. Les données puissent être réutilisées à d'autres fins, telles que le retour d'information et le benchmarking entre hôpitaux, le rapportage public, et la recherche scientifique et stratégique sur la qualité des soins.

7. Poursuivre le développement de guides cliniques *evidence-based* pour les soins hospitaliers.

a. Aligner les priorités en matière d'élaboration de guides cliniques *evidence-based* sur les domaines prioritaires d'amélioration de la qualité, tels que définis dans la recommandation 1.

b. Parallèlement à l'élaboration de directives *evidence-based*, mettre en œuvre également :

i. L'identification d'indicateurs potentiels et des données nécessaires pour mesurer les processus hospitaliers qui sont clairement liés aux résultats-patients.

ii. La mesure d'une valeur de référence (*baseline*), en tenant compte des variations de pratiques entre les hôpitaux.

8. Prévoir une analyse de l'impact du P4P sur la qualité des soins.

a. Avant toute mise en œuvre d'un système P4P, prévoir une méthodologie robuste pour mesurer l'impact sur :

i. Les processus et résultats-patients que l'on cherche à stimuler.

ii. Les processus et résultats-patients qui ne sont pas spécifiquement visés, mais pour lesquels on peut s'attendre à des répercussions (*spillover effects*).

iii. Les changements possibles dans les pratiques de codage.

b. Analyser si l'impact varie en fonction des caractéristiques des patients, et si le programme a des effets sur l'équité en matière de santé et de recours aux soins.

c. Analyser le rapport coût-efficacité du programme.

Aux hôpitaux :

9. Investir dans une culture organisationnelle et un leadership qui soutiennent l'amélioration de la qualité.

a. Continuer à investir dans une stratégie de qualité interne, soutenue par un leadership et une culture organisationnelle qui favorisent l'amélioration de la qualité. Ceci peut renforcer la motivation intrinsèque à améliorer la qualité et soutenir l'impact des incitants financiers externes.

b. Encourager la collaboration et l'échange de connaissances en matière d'amélioration de la qualité, afin que les hôpitaux puissent tirer les enseignements des bonnes pratiques d'autres organisations.

c. Utiliser le benchmarking interne en complément du benchmarking entre hôpitaux afin de mettre en évidence les variations au sein de l'organisation et de soutenir l'amélioration de la qualité.

COLOPHON

Titre :	Le paiement à la performance : un levier pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux ? – Synthèse
Auteurs :	Nicolas Bouckaert (KCE), Jonathan Stokes (University of Glasgow, United Kingdom), Søren Rud Kristensen (University of Southern Denmark, Denmark), Marijke Eyssen (KCE), Sophie Gerkens (KCE), Meggie Staal Højgård Hansen (University of Southern Denmark, Denmark), Mélanie Lefèvre (KCE), Carine Van de Voorde (KCE)
Program manager :	Imgard Vinck (KCE)
Directeur scientifique :	Roos Leroy (KCE)
Spécialiste de l'information pour la recherche en santé :	Nicolas Fairon (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Experts externes :	Alice Benzimra (Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), France), Stephen Duckett (University of Melbourne, Australia), Guy Durant (Cliniques universitaires Saint-Luc), Kristof Eeckloo (UZ Gent), Peter Fontaine (Europa Ziekenhuizen), Svin Deneckere (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ)), Vera De Troyer (Zorgnet-Icuro), Donatienne Grégoire (Cliniques universitaires Saint-Luc), Denis Herbaux (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS)), Didier Hoornaert (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Grégoire Lefebvre (Centre Hospitalier de Mouscron), Annemie Lesage (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Mathieu Louiset (KU Leuven), Stéphan Mercier (ex-CHU HELORA), Alisha Lucas (Queensland Health, Australia), Samira Ouraghi (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Edward Norton (University of Michigan, United States), Johan Pauwels (RIZIV – INAMI), Quentin Schoonvaere (PAQS), Kris Vanhaecht (KU Leuven), Manfredi Ventura (Grand Hôpital de Charleroi), Joan Vlayen (Sint-Trudo Ziekenhuis)
Stakeholders :	Nicolas Böttcher (Santhea), Karin Cormann (Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft), Stephanie De Kempe (Zorgnet-Icuro), Vera De Troyer (Zorgnet-Icuro), Philippe Devos (UNESSA), Mieke Dolphens (Christelijke Mutualiteit), Anne Groswasser (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB)), Coralie Herijgers (Departement Zorg), Julie Peemans (Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)), Geert Peuskens (Departement Zorg), Sabine Stordeur (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid), Laleh Taghipour Naghshi (CHAB)
Validateurs externes :	Jonas Brouwers (KU Leuven, UZ Leuven), Ricarda Milstein (OECD), Zeynep Or (IRDES, France)
Remerciements :	Yan Feng (Queen Mary University of London, United Kingdom), Sandrine Morin (Haute Autorité de Santé (HAS), France), Koen Van den Heede (KCE), Leen Verleye (KCE)
Intérêts déclarés KCE :	Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et

	mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires. Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.
Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine du P4P dans les hôpitaux aigus. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
Layout :	Ine Verhulst
Disclaimer :	• **Plusieurs experts externes (cf. supra) ont été consultés au sujet d'une version (préliminaire) du rapport scientifique. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur expertise dans le domaine ; les conflits d'intérêts potentiels ont été pris en compte dans ce processus. Leurs commentaires ont été discutés lors de réunions et/ou par courrier électronique. Ils ne sont pas coauteurs du rapport scientifique et ne sont pas nécessairement d'accord avec son contenu.** • **Ensuite, l'équipe de recherche du KCE a invité trois experts indépendants (« validateurs », cf. supra), n'ayant pas été précédemment impliqués dans l'étude, à procéder à une évaluation (« *peer review* ») de la version finale du rapport scientifique. Ils ont été sélectionnés en fonction de leur expertise dans le domaine du rapport; les conflits d'intérêts potentiels ont été pris en compte dans ce processus. Les validateurs se sont prononcés sur la validité scientifique du rapport scientifique. Ils n'ont pas participé à la rédaction du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu. Leurs noms et affiliations sont mentionnés dans le colophon.** • **Enfin, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration** • **Le KCE est seul responsable de toute erreur ou omission qui pourrait subsister, ainsi que des recommandations politiques.**
Date de publication :	14 juillet 2026
Numéro de projet :	2025-02
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Reimbursement, Incentive; Quality of Health Care; Hospitals, General
Classification NLM :	W 84.4
Langue :	Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2026/10.273/49

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce.



Comment citer ce rapport ? Bouckaert N, Stokes J, Kristensen SR, Eyssen M, Gerkens S, Hansen MSH, Lefèvre M, Van de Voorde C. Le paiement à la performance : un levier pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2026. KCE Reports 424Bs. https://doi.org/10.57598/R424BS.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.