



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«**SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ**»
Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives

Peter C. Smith, Elias Mossialos et
Irene Papanicolas



EUROPE

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives

Peter C. Smith, Elias Mossialos et Irene Papanicolas

MOTS CLÉS :

DELIVERY OF HEALTH CARE - STANDARDS

QUALITY INDICATORS, HEALTH CARE

QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE - ORGANIZATION AND ADMINISTRATION

EUROPE

© Organisation mondiale de la santé, 2008 et Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2008

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

	Page
Messages clés	i
Résumé	ii
Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives	
Problématique de stratégie	1
Finalité du mesurage de la performance	1
Définir et mesurer la performance	2
Questions de méthodologie sur le mesurage des performances	6
Utilisation du mesurage de la performance : principaux moyens d'action stratégique	11
Résumé et conclusions	17
Bibliographie	19

Auteurs

Peter C. Smith, Centre for Health Economics, Université de York,
Royaume-Uni

Elias Mossialos, LSE Health et Observatoire européen des systèmes et
des politiques de santé, London School of Economics and Political
Science, Royaume-Uni

Irene Papanicolas, LSE Health, London School of Economics and
Political Science, Royaume-Uni

Messages clés

- Le mesurage de la performance donne aux décideurs une occasion rêvée d'assurer l'amélioration des systèmes de santé et de rendre ceux-ci plus responsables.
- Le mesurage de la performance vise à améliorer la qualité des décisions prises par tous les acteurs au sein du système de santé.
- Pour parvenir à un meilleur mesurage, il faut souvent que les autorités publiques prennent la barre.
- Il faut encore améliorer sensiblement la collecte de données, les méthodes analytiques, l'élaboration des politiques et la mise en œuvre du mesurage de la performance des systèmes de santé.
- Les définitions de ces indicateurs de performance doivent être explicites et cohérentes, et s'inscrire dans un cadre conceptuel précis.
- Les décideurs devraient accorder une attention particulière au contexte politique et organisationnel dans lequel les données relatives aux performances sont recueillies et diffusées.
- Des progrès considérables ont été réalisés dans l'élaboration d'indicateurs de performance pour les soins aigus en hôpital, les soins primaires et la santé de la population, mais pour la santé mentale, la protection financière et la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, la recherche en est à un stade de développement beaucoup moins avancé.
- La mise au point d'indicateurs de performance requiert l'attention concertée des experts et des politiques, et ces indicateurs doivent : viser à fournir des informations pertinentes pour des acteurs précis au regard de leurs besoins ; viser le mesurage d'une performance directement attribuable à une organisation ou à un intervenant ; viser à être corrects sur le plan statistique, faciles à interpréter et sans ambiguïté ; et être présentés en toute conscience des limites des données recueillies.
- Il faut accorder plus d'attention à la présentation des informations relatives au mesurage de la performance et à la manière dont cette présentation influence l'interprétation de ces données par les patients, les prestataires de soins, les praticiens et le public.
- L'établissement de rapports destinés au public présente de nombreux avantages, mais peut avoir des conséquences indésirables ; des mécanismes devraient être mis en place pour surveiller et contrer ces conséquences.
- L'un des emplois importants du mesurage de la performance est de fournir aux praticiens cliniques un feed-back sur leurs actes et une comparaison avec ceux de leurs collègues.
- Les systèmes de mesurage des performances devraient être observés fréquemment pour veiller à ce qu'ils soient alignés sur d'autres mécanismes des systèmes de santé et pour déterminer les aspects pouvant être améliorés.
- Les expériences en cours pour étudier comment le mesurage de la performance peut être employé en combinaison avec des incitants financiers explicites pour récompenser la performance des prestataires de soins constituent un domaine prometteur pour la politique et une priorité pour la recherche future.
- Il faudrait de meilleures bases factuelles pour étayer la politique menée en matière de mesurage de la performance, et les nouvelles initiatives devraient être soumises à une rigoureuse évaluation.

Résumé

Le mesurage de la performance donne aux décideurs une occasion rêvée d'assurer l'amélioration des systèmes de santé et de rendre ceux-ci plus responsables. Son rôle est d'améliorer la qualité des décisions prises par tous les acteurs au sein du système de santé, dont les patients, les praticiens, les cadres, les pouvoirs publics à tous les niveaux, les assureurs et autres payeurs, les politiques et les citoyens en tant que bailleurs de fonds.

Les avancées récentes, considérables, en matière d'informatique et les demandes croissantes dans le sens d'une responsabilisation des systèmes de santé et d'un choix des patients ont amené de rapides progrès dans le mesurage de la performance des systèmes de santé. Toutefois, celui-ci en est toujours pratiquement à ses premiers balbutiements, et des améliorations sensibles sont encore requises en ce qui concerne le recueil des informations, les méthodes analytiques, et l'élaboration et la mise en œuvre des politiques.

La performance des systèmes de santé présente un certain nombre d'aspects – dont la santé de la population, les résultats sanitaires obtenus après traitement, la qualité clinique et le caractère approprié des soins, la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, l'équité et la productivité – et les progrès sont inégaux en ce qui concerne l'élaboration de mesures de performance et de techniques de recueil de données pour ces différents aspects. Des progrès considérables ont été réalisés dans des domaines tels que les soins aigus en hôpital, les soins primaires et la santé de la population, mais pour la santé mentale, la protection financière et la réponse des systèmes de santé aux attentes de la population, la recherche en est à un stade de développement beaucoup moins avancé.

Le premier impératif, dans tout système de mesurage des performances, est de mettre en place un cadre conceptuel rigoureux dans lequel des mesures de la performance peuvent être effectuées. Les définitions des indicateurs de performance doivent ensuite s'inscrire dans ce cadre et satisfaire à un certain nombre de critères, comme la validité apparente, la reproductibilité, l'acceptabilité, la faisabilité, la fiabilité, la sensibilité et la validité prédictive. Les décideurs devraient non seulement être attentifs à ces considérations techniques, mais aussi faire preuve de beaucoup d'attention pour le contexte politique et organisationnel dans lequel les données relatives à la performance doivent être recueillies et diffusées.

De nombreuses questions techniques se posent lorsque l'on analyse et interprète les mesures de la performance. Parmi les plus importantes, citons : qu'est-ce qui a provoqué la performance observée et à quels praticiens, organisations ou agences faut-il attribuer les variations de cette performance ? Dans certains domaines, des méthodes analytiques perfectionnées d'ajustement en

fonction du risque ont été mises au point pour aider à répondre à cette dernière question.

Pour certains aspects des soins de santé, la sécurité du patient est une préoccupation de premier ordre, et des méthodes de surveillance statistique ont été conçues pour aider à détecter rapidement et à coup sûr les performances présentant des anomalies. Exemple de performance présentant une anomalie, mais pas nécessairement un manque de sécurité : le recours excessif à un certain type d'intervention, et la nécessité de trouver si cela signifie que le patient court un risque de sécurité suivra la détection initiale d'une anomalie.

Il convient de consacrer plus d'attention à la présentation des données de mesure de la performance et à la manière dont les patients, les prestataires de soins, les praticiens et le public les interprètent et sont influencés par celles-ci. Par exemple, le recours à des mesures composites de la performance, qui cherchent à combiner plusieurs indicateurs de performance en une seule mesure de la performance organisationnelle ou de la performance d'un système, est un point qui fait particulièrement naître la controverse. Les mesures de ce type sont superficiellement attrayantes, étant donné qu'elles peuvent contribuer à résumer de façon accessible les niveaux atteints, mais elles peuvent également entraîner des déductions erronées et doivent être utilisées avec précaution.

Les décideurs peuvent employer le mesurage de la performance d'un certain nombre de façons pour promouvoir l'amélioration du système. Il peut être utilisé pour *l'établissement de rapports publics sur la performance*, parfois sous la forme de *bulletins de rendement* organisationnels. Il a été constaté que ceci avait un effet bénéfique important, particulièrement sur les organisations de prestataires de soins. Cependant, jusqu'à présent, cela a eu peu d'effets directs sur les patients, et peut aussi entraîner des résultats indésirables, comme d'écarter les patients souffrant de problèmes de santé complexes. Des mécanismes devraient être mis en place pour surveiller et contrer de telles tendances.

Des expériences sont en cours pour examiner comment le mesurage de la performance peut être employé avec des *incitants financiers explicites* pour récompenser la performance des prestataires de soins de santé. Il s'agit d'un domaine stratégique prometteur. Cependant, de tels systèmes suscitent un certain nombre de questions importantes en ce qui concerne la manière de les concevoir, par exemple : quels aspects de la performance faut-il cibler ? Comment mesurer les résultats atteints ? Comment fixer des objectifs ? Faut-il proposer des incitants à des personnes ou à un groupe ? Quelle solidité faut-il conférer au lien entre le résultat atteint et la récompense ? Combien d'argent faut-il coupler à un incitant ? Jusqu'à présent, il y a peu de recherches convaincantes sur l'efficacité de tels incitants, et c'est là une priorité pour les recherches futures.

Les *cibles*, expression quantitative d'un objectif à remplir dans l'avenir, constituent une forme particulière de mécanisme incitatif. Elles sont particulièrement répandues dans le domaine de la santé publique. Toutefois, leur capacité à amener des améliorations majeures du système a été mise en doute, et il est peu probable qu'elles entraînent de telles améliorations à moins d'être alignées avec d'autres moyens d'action stratégiques, comme une responsabilité démocratique importante, des mécanismes du marché ou des incitants financiers directs.

Le mesurage de la performance peut aussi être employé pour donner un *feed-back aux praticiens cliniques* quant à leurs performances par rapport à celles de leurs collègues. Ces systèmes de *feed-back* peuvent amener des améliorations généralisées des performances. Pour être efficaces, cependant, ils doivent être acceptés par les praticiens et requièrent généralement un ajustement statistique minutieux en fonction des risques, pour contrôler les caractéristiques des patients qui induisent de la confusion. Par ailleurs, la nécessité de fournir un *feed-back* qui ne menace pas immédiatement la réputation ou les moyens d'existence de cliniciens et d'autres professionnels peut, parfois, entrer en conflit avec la demande réclamant des rapports publics.

Parvenir à un meilleur mesurage de la performance est une importante tâche de commandement des autorités publiques, étant donné que nombre des avantages du mesurage de la performance ne peuvent être atteints sans le commandement actif des autorités, que ce soit par une loi, un règlement, la coordination ou la persuasion. Les fonctions de commandement associées au mesurage de la performance peuvent être résumées sous chacune des rubriques suivantes :

1. *élaboration d'un cadre conceptuel explicite et définition d'une vision claire quant aux objectifs du système de mesure de la performance :*

- alignement avec les relations axées sur la responsabilité ;
- alignement avec d'autres mécanismes des systèmes de santé, tels que le financement, la structure commerciale et les technologies de l'information ;

2. *conception de mécanismes de collecte de données:*

- spécification détaillée des différents indicateurs ;
- harmonisation avec les bonnes pratiques sur le plan international ;

3. *gouvernance de l'information :*

- audit des données et contrôle de la qualité ;
- garantir la confiance du public envers les informations ;
- garantir un débat public bien avisé ;

4. élaboration de dispositifs d'analyse et développement des capacités analytiques pour faciliter la compréhension des données :

- garantir une analyse efficiente et efficace ;
- s'assurer que les décideurs locaux comprennent l'analyse ;
- demander la mise en œuvre d'une recherche appropriée sur, par exemple, l'ajustement en fonction des risques, les aléas et les mécanismes de retour d'informations ;

5. élaboration de méthodes adéquates de consolidation et de présentation des données :

- s'assurer que les informations aient un impact approprié sur toutes les parties ;
- rendre obligatoire la publication d'informations récapitulatives et comparatives ;
- garantir la comparabilité et la cohérence ;

6. élaboration d'incitants pour donner suite aux mesures de la performance :

- surveiller les effets des informations relatives à la performance sur le comportement ;
- agir de manière à favoriser les retombées positives et à neutraliser les conséquences indésirables ;

7. évaluation adéquate des instruments de mesure de la performance :

- garantir un bon rapport coût-efficacité pour les dépenses en matière d'informatique ;

8. gestion du processus d'élaboration de politiques :

- formuler des options politiques et en assurer le suivi
- encourager un débat politique stimulant ;
- s'assurer que des groupes d'intérêts spécifiques ne récupèrent pas les informations sur la performance.

Aucun de ces rôles ne doit être obligatoirement assumé par les pouvoirs publics eux-mêmes, mais leur fonctionnement efficace doit être garanti.

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives

Problématique de stratégie

L'information joue un rôle essentiel pour la capacité d'un système de santé à garantir avec efficacité et efficience une amélioration de la santé pour la population desservie. Elle peut être employée de nombreuses et diverses façons, par exemple pour dresser la cartographie de la santé publique, surveiller la sécurité en matière de soins de santé, déterminer les traitements adéquats pour les patients, promouvoir le développement professionnel, assurer le contrôle hiérarchique et encourager la prise de responsabilité du système de santé envers le public. Sous-tendant tous ces efforts, il y a le rôle joué par la mesure des performances en matière d'orientation des décisions prises par divers intervenants (patients, médecins hospitaliers, gestionnaires, pouvoirs publics, population, etc.) pour guider le système de santé vers de meilleurs résultats.

Cela fait au moins 250 ans que l'on s'efforce de mesurer la performance des systèmes de santé (1,2). Des arguments plus formels en faveur du recueil et de la publication d'informations sur la performance ont été formulés voici plus de 100 ans, lorsque des pionniers dans cette matière, tels que Florence Nightingale et Ernest Codman, ont fait campagne pour généraliser son emploi dans les services de santé. Jusqu'il y a peu, des obstacles d'ordre professionnel, pratique et politique ont empêché ces principes de se concrétiser (3). Par exemple, les efforts de Florence Nightingale et d'Ernest Codman ont rencontré une résistance de la part des professionnels et, jusqu'à récemment, les systèmes informatiques n'avaient pas apporté les bienfaits escomptés, sous forme d'informations précises, complètes et fournies en temps utile.

Au cours des 25 dernières années, cependant, la mesure des performances des systèmes de santé et l'établissement de rapports à ce sujet ont connu un développement important, ce qui a contribué à l'obtention d'améliorations des systèmes de santé. De nombreux facteurs ont contribué à ce développement. Du côté de la demande, les systèmes de santé ont subi des pressions formidables en vue de la maîtrise des coûts. Par ailleurs, les patients jugent aujourd'hui naturel de prendre des décisions plus éclairées sur leur traitement, et des demandes pressantes ont été formulées pour que les professions de santé et les établissements de soins de santé soient plus contrôlés et assument davantage leurs responsabilités (4,5). Du côté de l'offre, les grands progrès de la technologie informatique permettent de recueillir, de traiter et de diffuser les données pour un coût bien moindre et beaucoup plus facilement.

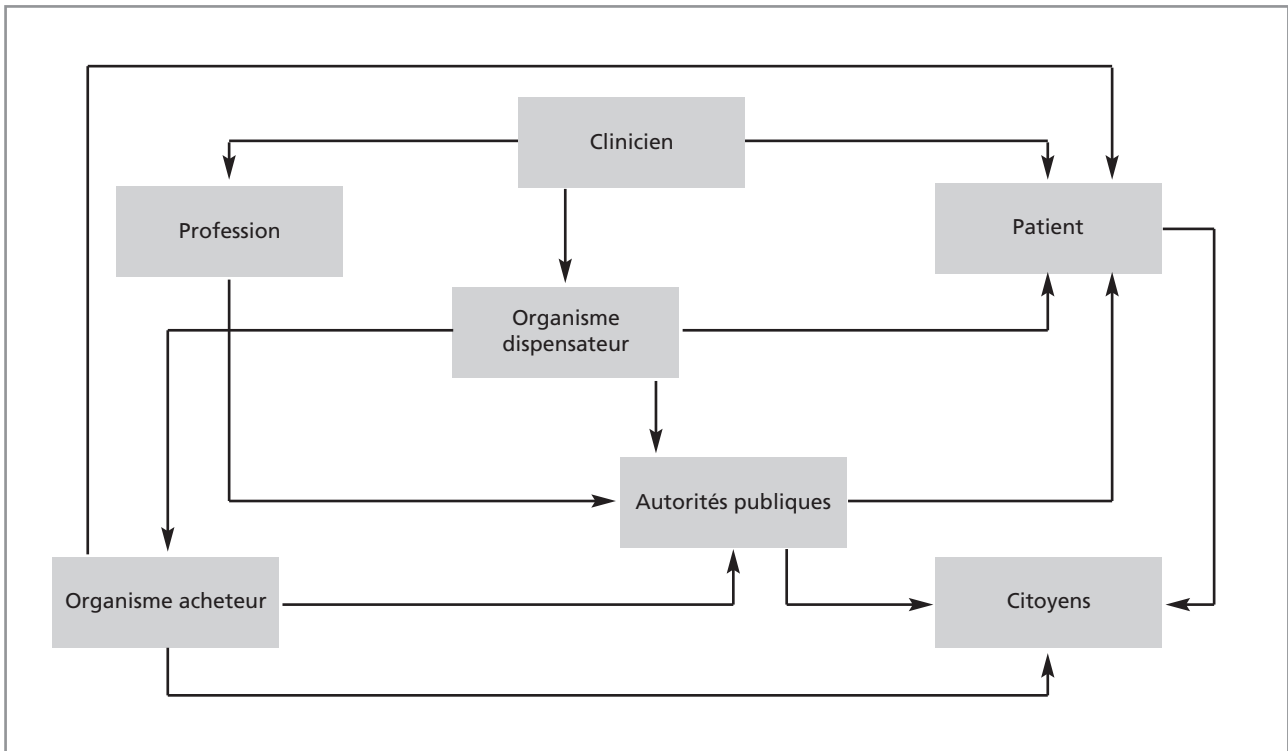
À bien des égards, il n'est plus question de débattre sur le fait de savoir si la mesure de la performance devrait être entreprise et quelles sont les données à recueillir, mais bien de déterminer les meilleures manières de résumer et de présenter ces données et de les intégrer avec succès dans des structures de gouvernance efficaces. Cependant, malgré la prolifération des initiatives de mesure de la performance, il reste un grand nombre de questions non résolues sur la collecte et le déploiement de ces informations. Les systèmes de santé en sont toujours au stade expérimental avec le concept de la mesure de la performance, et beaucoup reste à faire pour en retirer tout son potentiel.

Le présent document passe en revue certaines des principales problématiques qui se dégagent dans le débat sur la mesure de la performance, et s'inspire d'une collection détaillée d'essais rédigés par des experts de premier rang dans cette spécialité. Ces essais ont été préparés pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé de Tallinn (Estonie) et doivent être publiés par Cambridge University Press après la Conférence (6). Dans ce document, nous étudierons d'abord la finalité de la mesure de la performance et les différents domaines pour lesquels sont recueillies des données. Ensuite, nous examinerons les différentes manières dont la mesure de la performance a été présentée et exploitée pour l'amélioration des systèmes de santé à l'échelle internationale. Enfin, nous discuterons des principales difficultés décelées en ce qui concerne la présentation et l'utilisation des mesures de la performance et concluons en formulant les enseignements clés et les futures priorités pour les décideurs politiques.

Finalité du mesurage de la performance

Les systèmes de santé sont des entités complexes avec beaucoup d'intervenants, dont les patients, les médecins hospitaliers, les dispensateurs de soins médicaux, les organismes d'achat, les organes de réglementation, les pouvoirs publics et la population dans son ensemble. Ces intervenants sont liés par une série de relations basées sur une responsabilité des uns vis-à-vis des autres (fig. 1). La responsabilité se compose, en gros, de deux éléments : le fait de rendre des comptes (fourniture d'informations) et, consécutivement, le fait de demander des comptes (sanctions ou récompenses pour le/la responsable). Quelle que soit la structure exacte du système de santé, le rôle fondamental de la mesure de la performance est d'aider à demander des comptes à ses divers agents, en permettant aux parties concernées de prendre des décisions éclairées. Dès lors, il est utile de noter que, pour que les relations axées sur la responsabilité se déroulent correctement, aucun système

Figure 1. Plan de certaines relations importantes entre responsables et personnes envers lesquelles la responsabilité est exercée dans le système de santé



d'information sur la performance ne devrait être considéré indépendamment de la structure générale du système dans lequel s'inscrit le mesurage.

Chacune des relations décrites à la figure 1 nécessite d'obtenir des informations différentes quant à leur nature, à leur degré de détail et au moment où elles doivent être livrées, ainsi qu'au degré de consolidation requis. Par exemple, lorsqu'il choisit son prestataire de soins, un patient peut avoir besoin de données comparatives détaillées concernant les résultats obtenus sur le plan de la santé. Par contre, lorsqu'il demande des comptes à des autorités publiques et veut décider pour qui voter, un citoyen peut avoir besoin de synthèses et de graphiques fortement consolidés. Beaucoup de besoins intermédiaires se font également sentir. Pour juger si les prestataires de services font leur travail correctement, un acheteur (par exemple une caisse d'assurance sociale) peut avoir besoin d'informations générales, plus consolidées tout en étant rassuré, par des informations détaillées, quant aux aspects de sécurité. L'un des défis capitaux pour la mesure des performances est d'arriver à concevoir des systèmes informatiques qui répondent à ces divers besoins. Au tableau 1, nous examinons ce point de façon plus détaillée.

Dans la pratique, il est rare qu'on ait conçu des mesures de la performance en ayant une idée précise de l'identité des utilisateurs des informations ou de leurs

besoins en la matière. Au lieu de cela, on a généralement essayé d'informer des utilisateurs divers, en présentant habituellement un large éventail de données dans l'espoir que certaines des informations recueillies seront utiles à différentes personnes. Cependant, étant donné la diversité des besoins d'information des différents intervenants dans les systèmes de santé, il est peu probable qu'une méthode unique de relevé des performances soit utile pour tous. Il faudrait, au contraire, concevoir et exploiter des sources de données de manière à satisfaire les exigences de différents utilisateurs. Cela peut souvent supposer d'utiliser les données des mêmes sources sous différentes formes. Dès lors, les systèmes de santé sont placés devant le formidable défi d'inclure plus de nuances lors du recueil et de la présentation des mesures de la performance pour les différents intervenants, sans que cela n'impose un énorme fardeau pour la collecte et l'analyse de nouvelles données.

Définir et mesurer la performance

En général, lorsque l'on mesure la performance, on cherche à voir dans quelle mesure divers aspects du système de santé satisfont à leurs objectifs clés, à en faire une évaluation et à communiquer celle-ci. Habituellement, ces objectifs peuvent être résumés en un nombre limité d'intitulés – par exemple, l'état de santé procuré par le système de santé, la capacité de réaction aux préférences de la population, la protection

Tableau 1. Besoins d'information des parties intervenant dans les systèmes de santé

Intervenant	Exemples de besoins	Données nécessaires
Pouvoirs publics	Surveiller l'état de santé de la population Déterminer les politiques de santé Veiller au bon fonctionnement des procédures de réglementation S'assurer que les fonds publics sont employés comme le voulaient les autorités Veiller à ce que des fonctions appropriées d'information et de recherche soient mises en place Étudier le degré d'efficacité et d'efficience des lois et règlements	Informations sur les performances à l'échelle nationale et internationale Informations sur l'accès aux soins et l'équité dans la dispensation de soins Informations sur l'utilisation des services et les délais d'attente Données sur la santé de la population Regulators
Législateur	Assurer au patient sécurité et bien-être Garantir au consommateur une protection plus étendue Veiller au fonctionnement efficient du marché	Informations fiables sur la sécurité et le bien-être du patient, communiquées en temps voulu et en permanence Informations sur la probité et l'efficience dans les flux financiers
Payeurs (contribuables et membres de caisses d'assurance)	Veiller à ce que l'argent soit dépensé avec efficacité, avec efficience et suivant les attentes	Mesurages consolidés, comparatifs de la performance Informations sur la productivité et la rentabilité Informations sur l'accès aux soins (et l'équité dans la dispensation de soins)
Organisations acheteuses	Veiller à ce que les contrats proposés à leurs patients correspondent aux objectifs escomptés par ces derniers	Informations sur les expériences et la satisfaction des patients Informations sur la performance des dispensateurs de soins Informations sur le rapport coût-efficacité des traitements
Organismes de dispensateurs de soins	Observation et amélioration des services existants Évaluation des besoins locaux	Données consolidées sur la performance clinique Informations sur les expériences et la satisfaction des patients Informations sur l'accès aux soins et l'équité dans la dispensation de soins Informations sur l'utilisation des services et les délais d'attente
Médecins	Rester informés des techniques actuelles Être capables d'améliorer leur performance	Informations sur les techniques actuelles et les meilleures pratiques Informations comparatives sur les performances
Patients	Pouvoir opter pour un dispensateur de soins quand ils en ont besoin Informations sur les divers types de traitement	Informations sur l'emplacement et la qualité des services d'urgence locaux Informations sur la qualité des options pour les soins non urgents
Population	Être rassurée sur le fait que des services adéquats seront disponibles si nécessaire Demander des comptes aux pouvoirs publics et autres responsables élus	Tendances générales en matière de performance des systèmes et comparaisons, à l'échelle nationale et locale Informations sur l'efficience Informations sur la sécurité

financière proposée par le système et la productivité de ce dernier. La *santé* a trait à la fois à l'état de santé obtenu après traitement et à la situation sanitaire plus

générale de la population. La *capacité de réaction* englobe les aspects du comportement des systèmes de santé qui ne sont pas en lien direct avec des résultats

Tableau 2. Aspects de la mesure des performances en santé

Domaine dans lesquels la mesure est réalisée	Description de la mesure	Exemples d'indicateurs
Santé publique	Mesurages de données consolidées sur la santé de la population	Espérance de vie Années de vie perdues Mortalité évitable Années de vie corrigées du facteur invalidité
Bilans de santé personnels	Mesure de l'état de santé d'une personne, éventuellement par rapport à toute la population ou au sein d'un groupe par rapport à un autre Indicateurs qui appliquent également des classements d'infrastructures pour divers états de santé	Mesures génériques : • bref formulaire SF-36a • EQ-5Db Mesures spécifiques à une maladie : • échelle de mesure AIMS pour l'arthrite • questionnaire sur la maladie de Parkinson (PDQ-39)
Qualité clinique et caractère approprié des soins	Mesures des services et des soins reçus par les patients pour atteindre les résultats désirés Mesurages employés pour déterminer si les meilleures pratiques sont appliquées et si ces actes sont posés de manière correcte sur le plan technologique	Mesures des résultats : • état de santé • taux de réadmission et de mortalité post-opératoire spécifiques Mesures des processus : • fréquence du mesurage de la tension artérielle
Capacité de réaction du système de santé	Mesures de la manière dont les personnes sont traitées et de l'environnement dans lequel elles sont traitées pendant leurs interactions avec le système de santé Mesures concernant les aspects tels que la dignité du patient, son autonomie, la confidentialité, la communication, la rapidité avec laquelle il lui est témoigné de l'attention, l'aide sociale et la qualité des structures d'accueil de base	Mesures de l'expérience des patients Mesures de la satisfaction des patients
Équité	Mesures du degré d'équité en santé, de l'accès aux services de santé, de la capacité de réaction et du financement	Mesurages de l'utilisation Taux d'accès Ratios entre l'usage et les besoins Seuils de dépenses Mesures non consolidées des résultats obtenus sur le plan de la santé
Productivité	Mesures de la productivité du système de santé, des établissements de santé et des médecins	Productivité de la main-d'œuvre Mesures du rapport coût-efficacité (des interventions) Efficacité technique (mesures de l'output/input) Efficacité dans l'allocation des moyens (mesurée suivant l'empressement à payer)

a SF-36 est une étude de forme succincte à usages multiples, comportant seulement 36 questions.

b EQ-5D est un instrument normalisé pour la mesure de l'issue de toute une série de maladies et de traitements. Il fournit un simple profil descriptif et une valeur unique sur un indicateur de l'état de santé, qui peuvent être employés pour l'évaluation clinique et économique des soins de santé et dans les études sur la santé des populations.

Source: Smith et al. (6).

sanitaires, comme la dignité, la communication, l'autonomie, un service rapide, l'accès à une aide sociale pendant le traitement, la qualité des services de base et le choix de dispensateur de soins. La *productivité* fait référence au degré d'utilisation efficiente des ressources

par le système de santé dans la recherche d'efficacité. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 (7)* a souligné l'importance, non seulement d'un souci de résultat global dans chacun de ces domaines, mais aussi des questions de répartition (ou d'équité), exprimées en

Tableau 3. Utilité des indicateurs structurels de résultats et de processus

Type d'indicateur	Avantages	Désavantages	Domaines les plus utiles
Résultats	<p>Souvent plus porteurs de sens pour les parties concernées</p> <p>Le patient est au centre de l'attention et les objectifs de santé sont axés sur lui</p> <p>Encouragent les stratégies de promotion de la santé à long terme</p> <p>Pas faciles à falsifier</p>	<p>Peuvent être ambigus et difficiles à interpréter, étant donné qu'ils sont le résultat de nombreux facteurs difficiles à dissocier</p> <p>Le recueil de données prend du temps</p> <p>Nécessitent un échantillon important afin de pouvoir détecter les effets significatifs sur le plan statistique</p> <p>Peuvent être difficiles à mesurer – par exemple, dans le cas de l'infection d'une blessure</p>	<p>Pour mesurer la qualité de procédures homogènes</p> <p>Pour mesurer la qualité de diagnostics homogènes avec des liens étroits entre les interventions et les résultats</p> <p>Pour mesurer la qualité des interventions pratiquées sur des populations hétérogènes se trouvant dans le même état pathologique</p>
Processus	<p>Facilement mesurés sans distorsions ou erreurs majeures</p> <p>Plus sensibles à la qualité des soins</p> <p>Plus faciles à interpréter</p> <p>Nécessitent un échantillon moins important pour pouvoir détecter les effets significatifs sur le plan statistique</p> <p>Peuvent souvent être observés discrètement</p> <p>Indiquent clairement les voies à suivre</p> <p>Reflètent des aspects des soins auxquels les patients attachent de l'importance (à côté des résultats)</p>	<p>Souvent trop spécifiques, axés sur une intervention ou un état pathologique précis</p> <p>Peuvent rapidement devenir obsolètes au fur et à mesure de l'évolution des méthodes de traitement et de la technologie</p> <p>Peuvent avoir peu de valeur pour les patients, à moins que ceux-ci ne comprennent le rapport entre ces indicateurs et les résultats</p> <p>Peuvent facilement être falsifiés</p>	<p>Pour mesurer la qualité des soins, notamment dans le cas de traitements pour lesquels les compétences techniques ont relativement peu d'importance</p> <p>Pour mesurer la qualité des soins des états pathologiques homogènes dans divers lieux de dispensation de soins</p>

Source: adapté de Davies (13) et Mant (14).

termes de manque d'équité dans les résultats, dans la réaction des systèmes de santé et dans le paiement. Le tableau 2 résume ces aspects des mesures de la performance en santé, qui sont en grande partie universels.

Divers progrès ont été accomplis dans l'élaboration d'instruments de mesure et de techniques de collecte de données pour les différents aspects de la performance en santé. Dans certains domaines, tels que la santé de la population, il existe des indicateurs bien établis – par exemple, la mortalité infantile et l'espérance de vie (parfois corrigée en raison du facteur invalidité). Même dans ce cas, cependant, des travaux supplémentaires importants sont nécessaires. L'une des difficultés particulières, en ce qui concerne les mesurages relatifs à la santé de la population, est d'estimer à quel point le système de santé, en lui-même, contribue à la santé. Pour résoudre ce problème, les chercheurs sont en train de mettre au point de nouveaux instruments, tels que le concept de *mortalité évitable* (8,9).

La contribution du système de santé à la santé peut être jugée de manière plus fiable d'après les issues cliniques

obtenues pour les patients. Traditionnellement, cette contribution a été étudiée en se basant sur la mortalité postérieure au traitement, un instrument assez grossier. Toutefois, les mesurages plus généraux de l'amélioration de l'état de santé du patient, souvent sous la forme de mesures du résultat telles que rapportées par le patient, attirent un intérêt croissant. Ces mesures sont dérivées de simples études de l'état de santé subjectif administrées directement au patient, souvent avant et après le traitement. De multiples instruments ont été conçus, souvent dans le contexte d'essais cliniques. Ils prennent la forme de questionnaires détaillés portant sur une maladie spécifique ou de mesurages génériques moins précis (10).

Le défi stratégique est de déterminer l'instrument le plus approprié pour mesurer la performance lorsque l'on étudie les résultats d'interventions en santé au fil du temps et avec une comparaison entre dispensateurs de soins de santé. En Angleterre, par exemple, les autorités publiques ont récemment rendu obligatoire l'usage de EQ-5D, l'instrument de mesure générique des résultats cliniques rapportés par le patient, pour tous les patients

du Service national de la santé subissant quatre procédures très courantes. Cette expérience permettra d'évaluer le coût de cette utilisation systématique et de déterminer si la résistance de certains professionnels de santé à des mesures de résultats effectuées par les patients se justifie. En outre, si la pertinence des mesurages effectués par le patient est claire en ce qui concerne les soins aigus, leur application à des domaines tels que les maladies chroniques et mentales reste moins répandue.

Quoique les mesures des résultats cliniques soient l'étalon-or pour l'évaluation de l'efficacité dans les services de santé, leur emploi peut être problématique – par exemple, si les résultats ne peuvent, selon toute vraisemblance, être évalués en temps utile ou dans l'absolu. Ceci est particulièrement important pour les maladies chroniques. Les mesures des processus deviennent alors des signaux importants de réussite future (11). Les mesures des processus se fondent sur des actes ou des structures dont on sait qu'ils sont associés aux résultats obtenus par les systèmes de santé, soit sur le plan de la santé, soit sur le plan de la réactivité. On peut citer comme exemple d'acte le fait d'établir une prescription correcte, ce qui, comme les études l'ont établi, contribue à l'obtention de bons résultats (12). Le concept de couverture efficace est, lui aussi, une importante mesure des processus relatifs à la santé de la population. Le tableau 3 résume les grands avantages et désavantages de l'emploi d'indicateurs de résultats et de processus et les domaines de mesurage de la performance là où ils sont le plus utiles.

En ce qui concerne la réponse des services de santé aux attentes, les travaux réalisés dans ce domaine posent, par nature, de multiples problèmes, puisqu'en principe, ils requièrent des études générales portant à la fois sur les utilisateurs et les non utilisateurs de ces services. Également problématique, la consolidation de divers aspects en indicateurs synthétiques utilisables montrant quelle est la réponse des services de santé. Le volet de l'enquête sur la santé dans le monde relatif aux ménages dans plus de 70 pays reprenait un module *réponse aux attentes* présentant un certain potentiel pour la proposition de solutions opérationnelles concernant le mesurage régulier de la réponse du système de santé aux attentes (15).

La protection financière contre les dépenses astronomiques entraînées par un mauvais état de santé est l'une des préoccupations majeures par rapport aux systèmes de santé. Afin d'essayer de résoudre ce problème, beaucoup de pays à hauts revenus ont lancé la couverture maladie universelle, mais même dans ce cas, il existe des variations très importantes dans le mesurage comparatif de la protection financière d'un pays à l'autre et d'une époque à l'autre. Toutefois, cette problématique se pose avec encore plus d'acuité dans beaucoup de pays à bas revenus, où il y a des variations considérables dans le degré de protection des ménages (surtout les pauvres) contre les dépenses astronomiques.

Dès lors, l'on manifeste un intérêt croissant pour la mise au point, par l'OMS et la Banque mondiale, d'indicateurs fiables et comparables concernant la protection financière (16). L'un des principaux défis à relever est d'aller au-delà des dépenses immédiates en soins de santé pour déterminer les répercussions à plus long terme pour la prospérité et l'épargne des ménages.

Enfin, la productivité (et l'efficacité) constituent peut-être le domaine où le mesurage est le plus délicat, puisqu'il cherche à présenter une structure d'ensemble établissant un lien entre les moyens employés et les mesurages de l'efficacité décrits plus haut. La nécessité de concevoir des instruments fiables pour mesurer la productivité est évidente, étant donné les problèmes stratégiques provoqués lorsque l'on essaie de décider comment les moyens financiers limités seront dépensés au mieux et de déterminer quels sont, le cas échéant, les prestataires de soins inefficaces. Cependant, l'expérience du *Rapport sur la santé dans le monde 2000* (7) illustre à quel point cette tâche est difficile au macro niveau. Et les défis comptables posés par le calcul des moyens consommés sont de plus en plus énormes au fur et à mesure que l'on cherche un niveau de détail plus précis, comme au méso niveau (établissements pourvoyeurs de soins, par exemple), dans la division clinique, chez le médecin, ou – défi suprême – pour chaque patient ou personne (17). À l'encadré 1, nous donnons les détails de l'expérience finlandaise de production de données employées pour comparer les améliorations réalisées sur le plan de la productivité.

Questions de méthodologie sur le mesurage des performances

Vu les divers usages qui en sont faits, les mesurages de la performance des systèmes de santé requièrent toute une série de méthodes de mesurage, d'indicateurs, de techniques analytiques et de modes de présentation. De même, différentes méthodes de recueil de données (études nationales, études réalisées auprès des patients, bases de données administratives, informations cliniques relevées régulièrement, etc.) sont nécessaires pour assembler ces divers types d'information. Le domaine examiné déterminera la technique la plus appropriée pour le recueil de données. Lorsque l'on mesure la réponse aux attentes des patients, par exemple, les études réalisées auprès des ménages ou des personnes sont probablement la meilleure source d'expériences et de perspectives des patients, tandis que lorsque l'on examine les résultats cliniques spécifiques, les registres cliniques pourraient être une source d'informations plus intéressante et plus économique. Dans la pratique, quoique les tentatives de mesurage de la performance aient produit de meilleurs résultats ces dernières années, beaucoup de systèmes de santé se basent toujours sur des données facilement disponibles pour réaliser ces mesurages.

Le premier impératif, dans tout système de mesurage des performances, est de mettre en place un cadre

Encadré 1. Évaluation comparative des hôpitaux en Finlande

Contexte

En 1997, le Centre national finlandais de la recherche et du développement pour le bien-être et la santé a lancé un projet de recherche et de développement (Étude comparative des hôpitaux) visant à produire des informations comparatives sur la performance et la productivité des hôpitaux (18). Les principaux objectifs du projet étaient les suivants :

- concevoir un nouvel instrument de mesure visant à décrire les performances des hôpitaux supérieures aux mesures traditionnelles, comme les admissions ou les visites des patients externes ;
- fournir à la direction des hôpitaux des données comparatives pour améliorer et orienter les activités dans les hôpitaux.

Recueil des données

Le projet a été élargi pour couvrir presque tous les services de santé spécialisés du secteur public de Finlande et, en 2006, les données recueillies dans le cadre du projet ont été intégrées dans la production de statistiques nationales. Les données relatives à l'Étude comparative des hôpitaux sont collectées chaque année dans les hôpitaux et concernent à la fois les patients internes et externes. Elles contiennent également des informations sur les diagnostics et les procédures. Ce projet produit un large éventail d'indicateurs sur la productivité et les coûts des hôpitaux – par spécialité, par service et par groupes à diagnostic similaire, et ce pour chaque hôpital et chaque région (par hôpital, par district et par municipalité). Grâce à l'emploi de codes d'identification personnelle uniformes, il est possible d'établir un lien entre les différentes phases de soins dispensés au même patient.

Utilisation des données

Les données permettent un mesurage régional de la productivité et des coûts, qui indiquent, par exemple, à quel point les coûts engagés dans un district hospitalier ou une municipalité s'écartent de la moyenne nationale et quelle est la part de cette déviation imputable à la fourniture inefficace de services et à l'usage inefficace des services par chaque personne.

Les données de l'Étude comparative des hôpitaux sont de plus en plus employées pour l'évaluation et l'aiguillage des activités des hôpitaux. Les résultats de cette étude indiquent que la productivité des hôpitaux a quelque peu diminué entre 2001 et 2005, et qu'il y a des différences notables entre les divers hôpitaux sur le plan de la productivité (19).

conceptuel rigoureux dans lequel des mesures de la performance peuvent être effectuées. Cela devrait permettre de garantir que tous les principaux aspects de la performance des systèmes de santé soient couverts par le système de mesurage, que les priorités sur lesquelles doivent porter les nouvelles mises au point puissent être définies et que les efforts réalisés pour la collecte et l'analyse ne soient pas mal orientés et ne soient consentis qu'une seule fois. En bref, l'impératif est finalement de concevoir un portefeuille optimal d'instruments de mesure de la performance. Citons un exemple de cadre de ce type, à savoir le projet de

Encadré 2. Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé

Contexte

Depuis son lancement, en 2001, le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé vise à étudier la qualité des soins de santé à l'échelle internationale, dans un certain nombre de pays, et ce en élaborant une série d'indicateurs basés sur des données comparables pouvant être utilisés pour examiner les différences de qualité en santé d'un pays à l'autre.

Indicateurs

Les cinq domaines dans lesquels des indicateurs sont recueillis sont :

1. la sécurité des patients ;
2. la qualité des soins en santé mentale ;
3. la qualité de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des soins primaires ;
4. la qualité des soins en matière de diabète ;
5. la qualité des soins en matière de maladies cardiaques.

Le recueil des indicateurs s'effectue suivant un processus en deux étapes. À l'origine, les données vont être recueillies au moyen d'une série limitée de nouveaux indicateurs préparés par des équipes d'experts internationalement renommés dans chacun de ces cinq domaines. Ensuite, des experts nationaux dans ces cinq domaines dirigeront des travaux qui seront à la base de l'amélioration des systèmes de données sur la qualité dans les différents pays.

Source : projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (20).

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, dont le but est de rassembler une série d'indicateurs de performance communs à un grand nombre de programmes nationaux de mesurage (encadré 2).

Lorsqu'on envisage comment les différents indicateurs doivent être conçus, des questions détaillées se posent quant à la méthodologie. Le niveau auquel présenter les données sur la performance est un important aspect. Il est possible de le faire au macro niveau (par exemple l'espérance de vie nationale), au méso niveau (par exemple taux de mortalité post-opératoire dans les hôpitaux) et au micro niveau (par exemple les résultats de santé obtenus par chaque médecin). Le tableau 4 résume certaines caractéristiques de bons indicateurs. L'intention est de mettre au point des mesures de la performance présentant les caractéristiques suivantes : acceptabilité, faisabilité, fiabilité, sensibilité au changement et validité.

Aux chapitres suivants, nous examinerons plus en détail les aspects méthodologiques devant être pris en considération pour la sélection des indicateurs à employer, et nous verrons comment utiliser et interpréter ces derniers.

Tableau 4. Caractéristiques des bons indicateurs de la performance

Étapes	Caractéristiques des indicateurs
Conception des indicateurs	<i>Validité apparente/validité du contenu</i> : avec quel degré d'exactitude l'indicateur mesure-t-il ce qu'il est censé mesurer ?
	<i>Reproductibilité</i> : dans quelle mesure l'indicateur serait-il le même si la méthode par laquelle il a été produit était à nouveau appliquée ?
Application des indicateurs	<i>Acceptabilité</i> : dans quelle mesure l'indicateur est-il acceptable pour les personnes évaluées et pour les évaluateurs ?
	<i>Faisabilité</i> : dans quelle mesure des données valables, fiables et cohérentes peuvent-elles être recueillies ?
	<i>Fiabilité</i> : dans quelle mesure y a-t-il une erreur minimale de mesurage ou dans quelle mesure les résultats pourraient-ils être reproduits s'ils devaient à nouveau être recueillis par un autre organisme ?
	<i>Sensibilité au changement</i> : dans quelle mesure l'indicateur a-t-il la possibilité de détecter des changements dans l'unité de mesurage ?
	<i>Validité prédictive</i> : dans quelle mesure l'indicateur peut-il prédire de façon précise ?

Source: adapté de Campbell (21).

Attribution et causalité

Les questions fondamentales qui se posent lorsque l'on cherche à interpréter nombre de données relatives à la performance sont : qu'est-ce qui a causé la performance observée et à quels médecins, organisations ou agences les variations de la performance devraient-elles être attribuées ? Hauck, Rice & Smith (22) montrent qu'il existe d'énormes différences quant à la mesure dans laquelle le système de santé influence les mesurages de la performance, allant d'un effet très considérable sur les mesures ayant trait à la réponse du système aux attentes de la population (par exemple délais d'attente) à un effet minimal sur la mortalité de la population, qui est fortement influencée par des facteurs extérieurs au système de santé. Il convient de tenir compte de telles variations lorsque l'on demande des comptes aux prestataires de soins et à d'autres intervenants. Pour orienter la politique, améliorer la prestation des services et garantir que les acteurs concernés prennent leurs responsabilités, il est essentiel que la causalité des mesurages observés soit attribuée à la/aux bonne(s) source(s). Lorsque les chercheurs et stratèges emploient des méthodes statistiques pour évaluer les relations de cause à effet et orienter les politiques, ils devraient veiller à effectuer un contrôle adéquat pour éviter les erreurs de mesurage et d'attribution (23). L'encadré 3 indique les aspects clés à prendre en considération par les utilisateurs de mesures de la performance pour

essayer d'éviter les erreurs au sujet de la causalité et de l'attribution.

L'ajustement en fonction des risques est une approche souvent employée pour tenter de remédier au problème d'attribution. On ajuste les données de résultats selon les différences dans les ressources, la composition de la clientèle et les facteurs environnementaux, cherchant ainsi à améliorer la comparabilité (encadré 4). En matière de soins de santé, en particulier, les variations dans les résultats obtenus avec les patients seront fortement liées aux variations dans les caractéristiques propres à ces patients, telles que l'âge ou la classe socioéconomique, et de quelconques co-morbidités. Des considérations similaires s'appliquent lorsque l'on compare les mesurages de la santé de la population. Dans de tels cas, il est essentiel d'employer des méthodes d'ajustement au risque lorsque l'on utilise des indicateurs et que l'on compare des agents. Une question cruciale se pose ensuite : de quoi l'agent faisant l'objet de l'examen est-il responsable ? À court terme, par exemple, un système de santé doit s'accommoder des schémas épidémiologiques et des comportements à risque dont il hérite. Cela implique qu'il est éminemment nécessaire d'ajuster en fonction des risques lorsqu'on le compare à d'autres systèmes de santé. À plus long terme, on peut s'attendre à ce que le système de santé soit responsable d'une amélioration des schémas épidémiologiques et des comportements en matière de santé. La nécessité d'un ajustement selon le risque devient alors moins capitale, puisque le système de santé est responsable de beaucoup de causes expliquant les résultats mesurés.

Depuis les premières tentatives portant sur des groupes à diagnostic similaire aux États-Unis, les méthodes d'ajustement en fonction des risques ont été constamment affinées au cours d'une période de 40 ans, particulièrement en ce qui concerne l'ajustement en matière de résultats obtenus pour certaines maladies ou traitements. La qualité (notamment le caractère exhaustif) des données sur lesquelles l'ajustement selon le risque est entrepris, en particulier la présence de co-morbidités ou d'autres complications, reste une problématique importante. L'enregistrement de ces données dépend (en fin de compte) des praticiens dont la performance est évaluée, de sorte qu'il y a une menace omniprésente pour l'intégrité des données si les incitants liés à la comparaison des performances sont trop importants. De même, la plupart des efforts de correction pour tenir compte des risques restent des travaux inachevés, et l'on a souvent besoin d'un commentaire clinique qualitatif minutieux sur de quelconques données ajustées en fonction du risque, comme il y a souvent des limitations techniques à une quelconque méthode. L'ajustement en fonction du risque est presque toujours essentiel pour que le mesurage de la performance soit crédible aux yeux des praticiens. Il est donc important que les efforts visant à améliorer les méthodologies actuelles soient maintenus à long terme.

Encadré 3. Aspects principaux à prendre en considération pour examiner la causalité et l'attribution

Les utilisateurs des mesures de la performance devraient prendre en considération les recommandations suivantes pour éviter les erreurs dans l'examen de la causalité et de l'attribution.

Les rapports de recherche portant sur un lien éventuel de cause à effet entre les agents évalués et le résultat qualitatif proposé, ainsi que sur l'attribution du résultat, devraient être effectués en accordant une attention particulière à :

- la méthodologie de l'étude ;
- ses moyens de contrôle contre les variables pouvant induire en erreur ;
- la mesure dans laquelle l'échantillon de l'étude peut être généralisé.

Des analyses prospectives devraient être entreprises pour déceler les pistes capitales suivies pour atteindre des processus et des résultats souhaitables et indésirables en matière de soins. En menant ces analyses, il convient de tenter de :

- trouver les éléments pouvant induire en erreur ;
- déterminer dans quelle mesure les agents évalués sont ou peuvent être rassemblés en groupes homogènes.

Lorsque l'on élabore de nouvelles initiatives de mesure de la performance, il conviendrait d'examiner avec attention les sources d'erreurs isolées ou systématiques dans le mesurage et l'échantillonnage. Les procédures de collecte de données maximisant la fiabilité et la précision des données (qu'elles aient été recueillies dans le cadre de l'étude en question ou reprises d'une étude antérieure) employées pour l'évaluation de la qualité devraient être généralisées.

Des techniques de correction en fonction des risques devraient être appliquées lorsque l'on examine la relation entre les agents évalués et les indicateurs de qualité. Des modèles hiérarchiques devraient être employés pour refléter le fait que les données assemblées proviennent de différents niveaux du système de santé analysé. Le recours à des méthodes statistiques, comme les scores de propension ou les variables instrumentales, devrait être envisagé.

Les erreurs dans la causalité et l'attribution ne peuvent être complètement éliminées, même lorsque l'on utilise les meilleures méthodes statistiques disponibles. Les effets non visés dus à des biais dans l'évaluation des performances devraient être observés attentivement, notamment lorsque des remboursements ou d'autres incitants sont associés aux mesures.

Source: adapté de Terris & Aron (23).

Les variations aléatoires qui, par définition, apparaissent sans forme systématique et sont toujours présentes dans les données quantitatives, constituent un aspect particulier dans l'interprétation de nombreuses données relatives aux performances. S'agissant de déterminer si une variation observée est apparue par hasard plutôt qu'en raison de variations dans la performance de certains agents au sein du système de santé, les méthodes statistiques jouent un rôle capital. Des intervalles de confiance devraient être présentés systématiquement en même temps que les indicateurs

Encadré 4. Considérations statistiques lors de la réalisation d'un ajustement selon le risque

L'ajustement selon le risque implique d'employer la modélisation statistique appliquée à de vastes bases de données contenant des informations qui proviennent de nombreux intervenants. Les techniques produisent des systèmes de pondération pour l'évaluation du risque concernant le patient. Les modèles statistiques peuvent ensuite être employés pour estimer le résultat attendu d'un prestataire de soins en fonction de la composition de la patientèle ou des populations desservies. Puis, son résultat effectif est comparé à cet étalon. Lorsque l'on effectue une correction en fonction des risques, il convient de tenir compte de ce qui suit :

- Les meilleurs modèles de correction des risques sont le résultat d'un effort multidisciplinaire impliquant l'interaction de cliniciens avec des statisticiens, ainsi qu'avec des experts de l'informatique et de la production de données.
- Les possibilités de transposer des modèles d'un pays à l'autre peuvent être limitées par le fait que le mode d'organisation des cabinets médicaux, les caractéristiques des patients et les spécifications de données sont différents. Avant d'appliquer un modèle mis au point dans un cadre différent, les cliniciens et spécialistes de la méthodologie devraient examiner sa validité clinique et la manière dont il se comporte sur le plan statistique.
- Lorsque les décideurs tirent des conclusions sur la performance de modèles de correction selon les risques à partir de mesures statistiques résumées (telles que les valeurs du coefficient de détermination, R^2), ils devraient être prudents, étant donné que ces mesures peuvent ne pas refléter la capacité de prédiction du modèle pour différents sous-groupes de patients.
- Dans les cas où l'on pense que les caractéristiques propres aux patients peuvent également induire des différences dans le traitement dispensé à ces patients, il pourrait être plus approprié d'appliquer une stratification du risque plutôt que (ou parallèlement à) un ajustement en fonction du risque.

Source: adapté de lezzoni (24).

de performance. Dans le domaine des soins de santé, c'est un défi pour de telles méthodes que de déceler de façon cohérente et en temps utile les valeurs réellement aberrantes sans signaler un nombre excessif de *faux positifs*. Il s'agit d'un point crucial lorsque l'on entreprend de surveiller des praticiens isolés ou des équipes. Confronté à cette situation, il convient de se demander : quand une déviation par rapport aux résultats escomptés devient-elle un sujet de préoccupation et quand un régulateur devrait-il intervenir ? Les méthodes statistiques qui consistent à tirer un maximum d'informations de séries chronologiques de données atteignent désormais un stade avancé de raffinement et offrent une importante marge de manœuvre pour une intervention plus ciblée (25).

Mesurages composites

Les systèmes de santé sont des entités complexes présentant de multiples aspects, ce qui rend la

Tableau 5. Avantages et désavantages des indicateurs composites

Avantages	Désavantages
Proposent une évaluation globale de la performance des systèmes	Peuvent occulter les failles de certains pans du système de santé
Placent la performance des systèmes au centre de l'arène politique	Permettent difficilement de déterminer où se situent les mauvaises performances et, par conséquent, peuvent rendre l'élaboration des politiques et la planification plus difficiles et moins efficaces
Permettent de juger et de comparer l'efficacité des systèmes de santé d'un pays à l'autre	Peuvent souvent entraîner un double comptage en raison de nombreuses corrélations positives
Donnent aux décideurs à tous les niveaux la liberté de se concentrer sur les domaines où des améliorations peuvent être obtenues le plus facilement, par rapport aux indicateurs de performance fragmentaires	Peuvent se baser sur des données peu fiables quand on cherche à couvrir de nombreux domaines, ce qui peut rendre discutable la justesse méthodologique de tout l'indicateur
Indiquent clairement les systèmes qui représentent les meilleurs efforts globaux de performance et d'amélioration	Peuvent, en raison de la consolidation des données, cacher certains mesurages employés et les rendre sujets à controverse
Peuvent encourager de plus grands efforts pour la collecte et l'analyse de données dans les divers systèmes de santé et pays.	Peuvent négliger certains aspects de la performance qui sont difficiles à mesurer, entraînant ainsi des effets comportementaux nocifs
	Peuvent ne refléter que certaines préférences quand des méthodes mal élaborées d'application de moyens de pondération à des indicateurs composites sont employées

Source: adapté de Smith (27).

performance très difficile à synthétiser, notamment par le biais d'une mesure unique. Cependant, lorsque des mesures de performance distinctes sont fournies pour des aspects nombreux et divers du système de santé observé – par exemple l'efficacité, l'équité, la réponse aux attentes de la population, la qualité, les résultats, l'accès – le volume d'informations fournies peut être énorme. Une telle masse, excessive, de renseignements place les utilisateurs des informations devant des difficultés pour trouver un sens quelconque à ces données. En réponse à ces problèmes, l'emploi d'indicateurs composites rencontre un succès croissant. Les indicateurs composites combinent des indicateurs de performance distincts en un seul indice ou mesurage, et sont souvent employés pour classer ou comparer les performances de différents praticiens, organisations ou systèmes, en cadrant plus large et en proposant un panorama plus complet des performances (26).

Toutefois, si les indicateurs composites ne sont pas conçus avec soin, ils peuvent être trompeurs et entraîner de graves errements s'ils sont employés pour l'élaboration ou la planification des politiques relatives aux systèmes de santé (27). L'un des principaux défis, lorsque l'on crée des indicateurs composites, est de décider quelles mesures inclure dans l'indicateur, et avec quel type de pondération. Comme les indicateurs composites visent à offrir une évaluation complète de la performance, ils doivent inclure tous les aspects importants de cette performance, même si ceux-ci sont difficilement mesurables. Dans la pratique, cependant, il y a souvent peu de choix dans les données, et des sources douteuses pourraient être utilisées pour certaines composantes de l'indicateur. Dès lors, une

grande ingéniosité peut être nécessaire pour élaborer des indicateurs « indirects » adéquats (26,27).

Un point fondamental, en ce qui concerne les indicateurs composites, est le choix de la pondération (ou de l'importance) à attacher aux mesurages des composantes. Toutes les bases factuelles indiquent qu'il existe d'énormes variations dans l'importance que différentes personnes attachent à différents aspects de la performance, de sorte que la spécification d'un seul ensemble de moyens de pondération est essentiellement un acte politique. Ceci indique que le choix des moyens de pondération requiert une légitimité politique de la part du décideur. L'analyse peut donc influencer, mais ne devrait pas déterminer, le choix des moyens de pondération. Il existe des méthodologies économiques pour déduire des éléments de pondération, dont des méthodes pour calculer l'empressement à payer, pour obtenir les préférences du patient à partir de classements ou d'une série de différents scénarios, et pour orienter les choix d'expériences. Cependant, ces méthodes économiques n'ont pas été largement appliquées à l'élaboration d'indicateurs composites de la performance des systèmes de santé (27).

L'un des avantages premiers des indicateurs composites, outre le fait qu'ils reflètent l'efficacité, est de permettre l'élaboration d'instruments de mesure de la productivité (ou rapport coût-efficacité) globale d'un système de santé. En particulier, une mesure composite des accomplissements d'un système de santé peut être évaluée parallèlement aux dépenses, sans qu'il ne soit nécessaire d'affecter une dépense à des activités spécifiques des systèmes de santé. C'était là l'un des

principes à la base du Rapport sur la santé dans le monde 2000 (7). Toutefois, dans les réactions à ce rapport, il a été souligné que beaucoup d'aspects de l'élaboration d'indicateurs de performance et de productivité composites sont contestables. Au tableau 5, nous examinons de plus près les avantages et désavantages de l'emploi d'indicateurs composites pour l'évaluation de la performance en santé.

Utilisation du mesurage de la performance : principaux moyens d'action stratégique

Les progrès rapides dans le domaine des technologies et de la méthodologie analytique, combinés à l'évolution de l'attitude du public et des professionnels de santé, ont rendu de plus en plus possible l'utilisation à grande échelle des systèmes d'information pour l'évaluation et l'amélioration de la performance (4). Cependant, l'utilisation des nouvelles ressources de données pour améliorer la performance des systèmes et l'expérience acquise dans la réalisation de ce potentiel n'ont guère donné de résultats cohérents. Il n'existe en outre aucun consensus quant à la meilleure manière de procéder. Au présent chapitre, nous étudierons certaines des expériences de l'utilisation de données pour l'amélioration de la performance, ainsi que les enseignements tirés jusqu'à présent.

Les systèmes d'information

Les premières tentatives d'exploitation des données relatives à la performance se concentraient en général sur la collecte et l'organisation des informations d'ordre administratif existantes et sur leur diffusion à des fins de gestion. Elles portaient en particulier sur la maîtrise des coûts et l'allocation des ressources. À titre d'exemple, il convient de mentionner la création de groupes à diagnostic similaire afin de comparer les dépenses hospitalières aux États-Unis, ainsi que la production d'une série d'indicateurs de performance en Angleterre afin d'aider les responsables à évaluer les systèmes de santé locaux par rapport au reste du pays. Bien que de telles méthodes permettent de mieux exploiter les sources de données existantes (d'un point de vue managérial), peu d'attention a été accordée à l'utilisation de ces informations pour évaluer la responsabilité externe ou le traitement clinique (28).

Plus tard, grâce notamment à la création de l'Institut canadien d'information sur la santé en 1994 et à la collaboration nordique en 2000 (voir encadré 5), d'importantes bases de données ont été utilisées d'une manière plus créative afin de faciliter le processus de prise de décisions basé sur des informations factuelles dans la planification de la santé, et de contribuer à la responsabilisation. Au départ, les données sur la mesure de la performance étaient surtout utilisées par les institutions fédérales et provinciales. Cependant, un nombre croissant de rapports et de statistiques synthétiques ont été rendus disponibles au public (par

Encadré 5. La collaboration nordique

Généralités

En 2000 a été institué un groupe de travail du Conseil nordique des ministres, comprenant trois ou quatre représentants de chacun des pays (ou territoires) nordiques (Danemark, Finlande, Groenland, Islande, Norvège et Suède). Son objectif général est de faciliter la collaboration entre ces pays ou territoires par la définition d'indicateurs de qualité et de principes d'évaluation à l'adresse du public, des professionnels des soins de santé et des responsables de la santé.

Indicateurs

Six sous-groupes œuvrent à la sélection d'indicateurs génériques et spécifiques à certaines maladies, et dans les domaines suivants : sécurité du patient, psychiatrie, soins de santé primaires, soins somatiques aigus, soins de santé publique et préventifs, et soins de santé et vécu des patients. Jusqu'à présent, les indicateurs conjoints de qualité sélectionnés pour les pays ou territoires nordiques se répartissent dans les catégories suivantes :

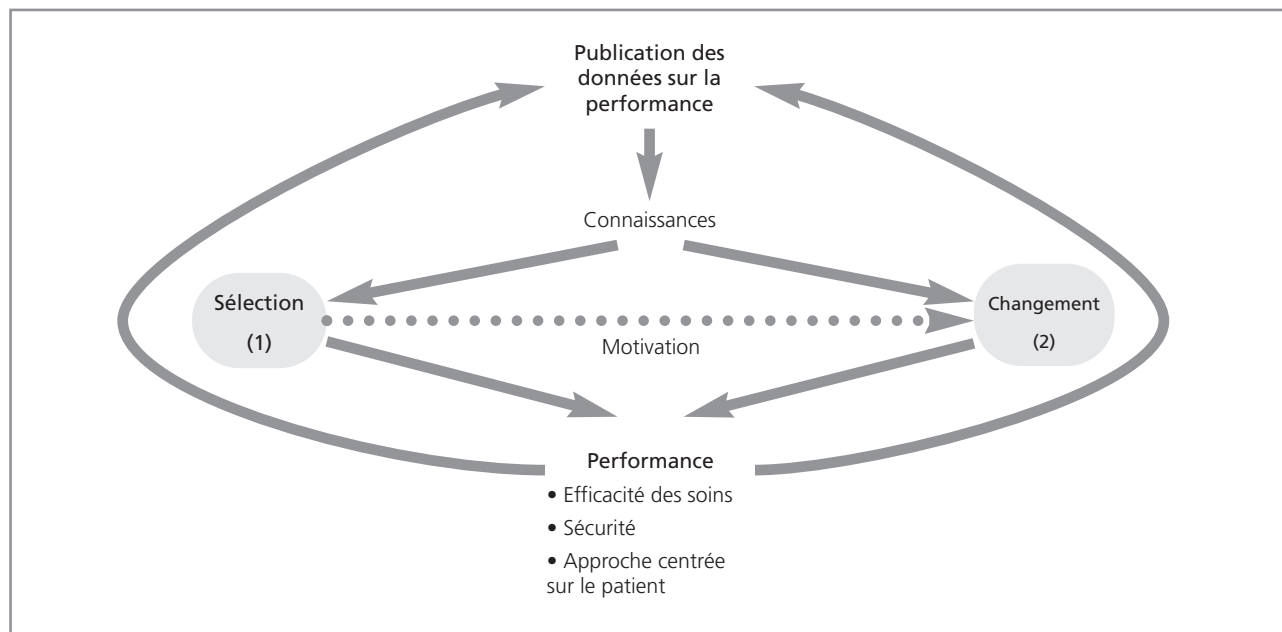
1. indicateurs généraux et spécifiques à certaines maladies (taux de mortalité et de survie pour les principales maladies) ;
2. promotion de la santé et prévention des problèmes sanitaires ;
3. santé mentale ;
4. soins primaires ;
5. sécurité du patient ;
6. vécu du patient.

Source: Conseil national suédois de la santé et du bien-être social (30).

exemple, les rapports annuels de Statistique Canada). L'Institut canadien d'information sur la santé s'est aussi penché sur l'analyse de données collectées dans le but de produire des indicateurs de synthèse fiables et ce, afin de mieux comprendre les raisons de l'émergence de tendances et de mieux orienter l'élaboration de politiques (29).

Les dernières avancées technologiques ont permis de développer les capacités de stockage d'un volume accru d'informations beaucoup plus précises, de diffusion de ces données à plus grande échelle et avec davantage de souplesse, et de mise à jour plus rapide. À l'avenir, l'élaboration de dossiers électroniques comprenant toutes les informations relatives au passé médical du patient permettra très largement de sonder la performance dans maints domaines. Un grand nombre de défis doivent cependant être relevés afin de réaliser ce potentiel. Tout d'abord, et dû au simple volume de données et à la vitesse à laquelle elles peuvent être traitées, il est de plus en plus important mais aussi de plus en plus difficile d'en vérifier l'exactitude ; d'ailleurs, les erreurs à cet égard peuvent être lourdes de conséquences si l'utilisation de données sur la performance ne cesse de se développer. Ensuite, la mise au point constante de technologies doit s'accompagner

Figure 2. Cycle d'amélioration de la performance par la publication de données



Source: adapté de Berwick, James & Coye (32).

d'un investissement continu dans l'infrastructure d'informations (et la gestion de celle-ci), tout en garantissant qu'un nombre croissant de systèmes d'information soient mutuellement compatibles si l'on veut en tirer pleinement parti. Enfin, la coordination à ce niveau est primordiale afin de garantir la comparabilité interinstitutionnelle et intercontextuelle des informations collectées. Finalement, le stockage et l'utilisation d'autant de données suscitent des préoccupations d'ordre moral quant au respect de la vie privée du patient (31).

Publication de rapports

De plus en plus d'informations sont publiées afin de renseigner les citoyens et autres parties intéressées quant à la performance des acheteurs et des prestataires. Ces données prennent souvent la forme de *fiches de rapport* ou *profils des prestataires* qui constituent une synthèse de divers paramètres ou indicateurs comparables (par exemple, temps d'attente, taux de satisfaction des patients, taux de mortalité). La publication de ces informations vise deux grands objectifs : d'une part, stimuler l'amélioration de la qualité et, d'autre part, favoriser une responsabilisation plus générale des organismes et médecins des systèmes de santé envers le public qui les finance et les utilise. La qualité peut ainsi être améliorée de deux manières (voir fig. 2) : 1) par un cycle de sélection (les consommateurs sont mieux informés et choisissent des prestataires de qualité supérieure) ; 2) par un cycle axé sur le changement (l'information aide les prestataires à identifier les domaines où la performance laisse à désirer, favorisant ainsi les efforts d'amélioration) (32).

La mise à disposition au grand public d'informations relatives à la performance a été largement expérimentée au Royaume-Uni et aux États-Unis. Dans ce dernier pays, des fiches de rapport (report cards) ont été publiées pendant une vingtaine d'années, principalement à l'instigation de l'agence fédérale responsable du programme d'assurance maladie Medicare. Cette initiative visait à informer le consommateur pour qu'il effectue un choix avisé, et à stimuler l'amélioration des prestataires. À la suite de plaintes quant à la validité du mode de classement, elle a été rapidement retirée. Cependant, elle a inspiré un grand nombre d'autres rapports sur la performance, établis par les pouvoirs publics au niveau fédéral ou au niveau des différents États, les employeurs, les groupes de défense des consommateurs, les entreprises privées et les acheteurs agissant à des fins professionnelles.

Il a été amplement prouvé que l'efficacité des prestataires a pu être améliorée après la publication d'évaluations de leur performance (33). Bien que l'objectif immédiat d'une telle initiative soit souvent de faciliter le choix des patients, peu de données factuelles laissent indiquer que ces derniers font une utilisation directe des fiches de rapport. Cependant, de par leur impact sur la réputation des prestataires, ces fiches semblent promouvoir l'amélioration de la performance. À cela s'ajoute une demande croissante de la part de la population pour que les informations importantes relatives aux bilans sanitaires des patients soient rendues publiques. À cet égard, les fiches de rapport peuvent jouer un rôle dans la réglementation et inciter à la prise de responsabilités.

Depuis 1992, deux États américains (New York et la Pennsylvanie) publient à titre expérimental les taux de mortalité postopératoires à la suite d'un pontage coronarien. Ces paramètres corrigés des risques sont publiés au niveau de l'hôpital et de chaque chirurgien. Les intervalles de confiance sont aussi mentionnés, et plusieurs analyses empiriques ont permis d'examiner l'impact de cette initiative notoire. Il ne fait aucun doute que les taux de mortalité ajustés selon les risques ont pu être sensiblement améliorés dans ces deux États américains (34). Cependant, les bons résultats observés ne viennent pas nécessairement prouver que les initiatives ont été bénéfiques, et un débat est d'ailleurs engagé à ce sujet. Plusieurs effets négatifs ont aussi été signalés, à savoir (35,36) :

- Les fiches de rapport relatives au pontage coronarien ont favorisé le recours à un processus sélectif auprès des prestataires des États de New York et de Pennsylvanie, qui étaient plus enclins à éviter les cas les plus sérieux (et les patients qui pouvaient donc profiter du traitement) pour traiter les patients les moins atteints par la maladie (impact du traitement davantage contesté).
- Cette initiative s'est soldée par une hausse des dépenses du programme Medicare, alors que l'état de santé de la population ne s'est que très peu amélioré.
- Les médecins ont été préoccupés par l'absence d'indicateurs de qualité, outre ceux sur la mortalité, par l'ajustement inadéquat des statistiques en fonction des risques et par le manque de fiabilité des données.

En Angleterre, tous les organismes de soins du Service national de santé reçoivent chaque année une évaluation de leur performance sous la forme d'une fiche de rapport allant de zéro à trois étoiles, et basée sur une quarantaine d'indicateurs. Le gouvernement national s'est attelé à promouvoir fortement cette initiative qui a d'ailleurs suscité l'attention soutenue des médias et du grand public. Le personnel de direction et les principaux responsables ont vu leur poste menacé à la suite de la publication de lacunes en matière de performance. Si l'initiative a eu d'importantes conséquences sur plusieurs aspects rapportés des soins de santé, comme le temps d'attente, elle a eu des effets indésirables sur le comportement, tels que le manque d'attention pour certains paramètres de la qualité clinique qui, d'ailleurs, n'ont pas été signalés. Contrairement à ce qui s'est passé en Angleterre, l'Écosse a révélé un volume important de résultats cliniques dans les années 90 sans renfort de publicité. Un grand nombre de gouverneurs, de médecins et de responsables n'étaient d'ailleurs pas au courant de l'initiative, et peu d'incitants y ont d'ailleurs été associés.

Par conséquent, les indicateurs ont eu un impact très limité sur le comportement des médecins ou des

Encadré 6. Indicateurs nationaux de la qualité en Norvège

Généralités

La Norvège a commencé à utiliser des indicateurs nationaux de la qualité pour les services de soins spécialisés en 2003. En 2006, des données ont été consignées pour 21 indicateurs (11 pour des soins somatiques et 10 pour des soins psychiatriques) et, outre ces indicateurs, des enquêtes sur l'expérience des patients ont été incluses. La communication de données est obligatoire, et celles-ci sont publiées sur le site Web Fritt sykehusvalg Norge (Free Hospital Choice Norway) (38) ainsi que d'autres initiatives et informations quant au temps d'attente pour différents traitements. Les données sont présentées au niveau de l'établissement hospitalier avec des indications sur les moyennes nationales et les évolutions au cours du temps.

Objectifs

La collecte des données vise plusieurs objectifs importants :

1. établir un niveau essentiel de qualité et mettre en place des incitants afin d'encourager le personnel de santé à améliorer la qualité des soins ;
2. établir un niveau essentiel de qualité pour le personnel de direction et les responsables ;
3. soutenir la définition des priorités en matière de services de soins de santé par les entités politiques et administratives ;
4. informer le public et susciter la transparence dans les services de soins de santé ;
5. fournir des informations aux patients pour la prise de décisions.

organismes de soins (37). L'expérience met en lumière la nécessité de joindre des incitants (financiers, commerciaux ou axés sur la réputation) aux initiatives visant la publication de rapports relatifs à la performance des soins de santé.

La Norvège offre un autre exemple de publication d'informations relatives à la performance. L'encadré 6 examine le recours à des indicateurs nationaux de la qualité en Norvège.

La publication des informations a eu jusqu'à présent un effet direct restreint sur les patients et les professionnels de santé, sans doute parce qu'elles sont nécessairement regroupées et globales, et parce que les indicateurs signalés sont limités et sans cohésion (39). Cependant, il est de plus en plus prouvé que les organismes de soins de santé prennent acte de ces informations qui, d'ailleurs, ont un impact important sur leur réputation, et que la publication de ces données a permis d'améliorer concrètement la performance (34,40). Malgré les incertitudes quant à l'efficacité des rapports pour améliorer le système, ceux-ci jouent aussi un rôle important en termes de responsabilisation. Il ne fait aucun doute que la publication des résultats des traitements est une tendance irréversible qui s'affirme de plus en plus dans la plupart des systèmes de santé. Elle peut cependant avoir des effets contraires si elle n'est pas réalisée et surveillée avec soin.

Encadré 7. Le contrat destiné aux généralistes (Royaume-Uni)

Le cadre

En avril 2004, un nouveau contrat destiné aux généralistes a été établi au sein du Service national de santé du Royaume-Uni. Il crée un rapport plus étroit entre les médecins généralistes et un certain nombre d'objectifs de qualité pour les activités cliniques et organisationnelles, par le biais du programme QOF (Quality and Outcomes Framework). Ce programme récompense les généralistes qui remplissent des objectifs dans des domaines bien précis, dont l'évaluation s'effectue sur la base d'environ 150 indicateurs. Ces derniers correspondent à un nombre de points qui varient selon le volume et la difficulté des activités requises pour atteindre ces objectifs. Un maximum de 1 050 points peut être accumulé, et jusqu'à 20 % du salaire du médecin est à risque.

Les domaines ciblés

Les indicateurs mesurés par ce système de points portent sur les principales catégories suivantes (certaines catégories de moindre importance ne sont pas mentionnées) :

- domaines cliniques (76 indicateurs (dossiers médicaux, diagnostics et gestion clinique initiale et en cours) et 550 points) : par exemple, coronaropathies, accidents vasculaires cérébraux et accidents ischémiques transitoires, hypertension artérielle, hyperthyroïdie, diabète, santé mentale, maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, épilepsie et cancer ;
- domaines organisationnels (56 indicateurs et 184 points) : par exemple, dossiers et informations sur les patients, communication avec les patients, formation, gestion de la pratique médicale de la médecine ;
- expérience du patient (4 indicateurs et 50 points) : par exemple, durée de la visite et consultation avec les patients sur d'autres problèmes ;
- autres services (10 indicateurs et 36 points) : par exemple, dépistage cervical, surveillance de la santé des enfants, services de maternité, services de contraception.

Aucun ajustement n'est réalisé en fonction des risques. En revanche, certains patients peuvent être exclus de l'évaluation de la performance si l'intervention nécessaire est inappropriée sur le plan clinique, ou si le patient refuse de s'y conformer.

Constatations

- En préparation pour le programme lancé en 2004, les généralistes britanniques ont recruté davantage d'infirmiers et de personnel administratif, ont créé des cliniques pour maladies chroniques et développé l'utilisation de dossiers médicaux électroniques (46). Les généralistes délèguent de plus en plus de tâches aux autres membres du personnel clinique. Par exemple, il peut être demandé à une infirmière de se spécialiser dans les soins apportés aux diabétiques (47).
- Bien que la participation au programme QOF soit facultative, presque tous les cabinets médicaux du Royaume-Uni ont choisi de l'utiliser, avec un score médian de 95,5 % des points possibles disponibles. Dans les domaines cliniques, le score médian était de 96,7 % (46). Les résultats observés lors de la deuxième et de la troisième année après l'instauration du contrat étaient tout aussi élevés (48).
- Il est ressorti des entretiens menés avec les généralistes que ceux-ci étaient préoccupés par les objectifs principalement biomédicaux du programme, qui peuvent faire passer au second plan d'autres aspects importants des soins et les empêcher de traiter le patient comme une personne à part entière (47).
- On dispose de peu de preuves sous-tendant la manipulation des données relatives à la prévalence et sur lesquelles se base la performance. Cependant, certains cabinets semblent recourir de manière excessive au signalement d'écarts (49).
- Bien que certaines preuves indiquent une amélioration des soins dispensés au patient grâce au programme QOF, la qualité des soins primaires augmentait déjà rapidement, et l'impact spécifique du programme semble être limité (50,51).

Source: adapté de Lester & Roland (52).

L'expérience indique jusqu'à présent que plusieurs paramètres doivent être pris en compte lors de la publication de ce genre de données.

- Une attention particulière doit être accordée à l'objectif même de la publication des rapports et au type d'informations que les différentes parties prenantes des systèmes de santé souhaitent et sont à même d'utiliser.
- Une attention particulière doit être accordée à l'impact que ce genre d'informations peut avoir sur la qualité des soins. Le cas échéant, la publication d'informations sur la performance devrait être intégrée à d'autres stratégies visant l'amélioration de la qualité (41).

- Pour accroître leur crédibilité et leur utilité, les rapports sur la performance devraient être rédigés en collaboration avec des médecins et d'autres groupes d'intérêts légitimes (35,41).
- Lors de la publication des données, il importe de procéder à un ajustement rigoureux des risques afin d'établir des comparaisons exactes entre les prestataires et de s'assurer que la légitimité de ces comparaisons soit acceptée par les professionnels de santé (24,41). Des informations détaillées sur les méthodes de correction des risques utilisées devraient être rendues publiques avec les rapports pour considération.

Incitants

Il ne fait aucun doute que la plupart des médecins et autres intervenants du système de santé réagissent comme prévu aux incitants financiers (42). L'intégration de la mesure de la performance dans les régimes d'incitants financiers peut s'avérer par conséquent prometteuse pour l'élaboration des politiques à venir, et plusieurs expériences sont menées actuellement afin de sonder l'effet des récompenses financières sur la performance observée.

Historiquement, des incitants financiers indirects ont été utilisés par les systèmes d'accréditation qui, une fois des structures de soins de santé spécifiques mises en place, offrent des récompenses sous la forme d'accès au marché ou de paiements supplémentaires. Un tel système d'accréditation basé sur des indicateurs de qualité bien précis a été instauré en Allemagne au niveau régional (43). Cependant, l'accréditation est un moyen assez grossier de recourir aux incitants. La tendance actuelle est de proposer des mesures d'encouragement plus directes et plus ciblées. En particulier, les États-Unis ont expérimenté des incitants financiers dans différents contextes, tels que le programme des *rewarding results* qui utilisent ce genre de mesures pour améliorer la qualité (44). Cependant, il s'agit pour l'instant d'expériences menées sur une petite échelle, et les résultats sont difficiles à évaluer avec un quelconque degré de certitude.

Un grand nombre d'arguments doivent être pris en compte lors de l'élaboration de programmes d'incitants liés à la performance, comme les aspects de la performance à cibler, le mode d'évaluation des objectifs atteints et de définition de ces objectifs, les bénéficiaires des programmes d'incitants (individus ou groupe d'individus), l'importance du lien entre résultats et récompenses, et le montant financier. Il importe également de procéder à une évaluation de ces programmes, bien qu'elle soit difficile. En effet, dans la plupart des cas, on ne peut réaliser d'essais contrôlés, car il est souvent impossible d'établir une base de référence convaincante de « non intervention » avec laquelle la politique peut être comparée. En outre, il faut assurer une surveillance constante afin de garantir l'absence de toute réaction non intentionnelle aux incitants (comme l'effet de sélection aléatoire et de picorage ou autres comportements indésirables). Ce programme ne doit pas non plus remettre en question la fiabilité des données sur la performance dont il s'inspire, ainsi que les aspects de la performance qui ne sont pas récompensés.

Le Royaume-Uni expérimente actuellement un système ambitieux de récompense financière à l'adresse des médecins généralistes. Celui-ci a été mis en œuvre en avril 2004, et lie quelque 20 % du salaire et des honoraires directement à leur performance sur la base d'environ 150 indicateurs de qualité (45) (encadré 7). Jusqu'à présent, il n'a guère été possible d'imputer toute amélioration majeure de la performance des généralistes (ou toute autre amélioration du système) à

cette initiative à la fois audacieuse et très onéreuse. D'une manière plus générale, si les programmes d'incitants liés à la performance semblent présenter un énorme potentiel pour l'amélioration du système, une recherche plus méthodique doit être clairement menée afin d'en identifier les meilleurs mécanismes.

Les cibles

Les cibles à atteindre par les systèmes de santé constituent non seulement un moyen bien particulier de mesurer la performance ainsi qu'un programme spécifique d'incitants, il s'agit également de l'expression quantitative d'un objectif à atteindre dans l'avenir. Ces cibles appliquées aux politiques de la santé s'inspirent du monde des affaires, et du principe selon lequel les objectifs une fois clairement définis susciteront le déploiement d'efforts mieux organisés et plus efficaces pour les réaliser. Les cibles doivent être INTELLIGENTES : spécifiques, mesurables, exactes, réalistes et déterminées dans le temps (53). Si elles sont bien définies, elles peuvent aider les organisations et professionnels de santé à se concentrer sur un nombre gérable d'objectifs réalisables qui amélioreront les systèmes. Les gouvernements de beaucoup de pays (Région européenne de l'OMS, en particulier le Royaume-Uni), l'Australie, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande ont fixé des cibles dans le domaine des soins de santé à titre expérimental.

Cependant, on ne dispose que de peu de données factuelles venant prouver l'efficacité de ces cibles dans les systèmes de santé (54). Si la définition d'objectifs précis est une méthode très souvent utilisée en santé publique, rares sont les rapports qui en mesurent le succès. La stratégie « Health of the Nation » adoptée en Angleterre en 1992 en constitue un exemple typique. Elle se basait sur l'initiative de la Santé pour tous mise au point à l'OMS et fixait un ensemble ambitieux de cibles pour la santé publique. Cependant, une évaluation minutieuse et indépendante de la stratégie réalisée en 1998 a permis de conclure que son « impact sur les documents d'orientation générale a culminé dès 1993 et qu'en 1997, cet impact sur l'élaboration de politiques au niveau local était devenu insignifiant » (55). Hunter invoque six raisons à l'origine de l'échec de la stratégie (56).

1. Le gouvernement national ne semble pas avoir assumé son rôle de chef de file.
2. La politique n'a pas pris en compte les déterminants sociaux et structurels sous-jacents de la santé.
3. Les cibles n'étaient pas toujours crédibles et n'étaient pas formulées au niveau local.
4. La stratégie n'a pas été bien communiquée au-delà du système de santé.
5. La stratégie n'a pas été appliquée de manière durable.
6. Les partenariats entre agences n'ont pas été encouragés.

Encadré 8. Risques associés à une dépendance accrue aux cibles

- Certains aspects du système de santé, non repris dans les objectifs spécifiques fixés, risquent dès lors de ne pas être pris en compte.
- Les responsables et les professionnels de santé peuvent se concentrer sur des cibles à court terme qu'ils peuvent directement contrôler, aux dépens de cibles visant des objectifs à long terme ou sur lesquels ils peuvent moins facilement agir.
- Le système de cibles mises en place, de par sa complexité, exige d'importantes capacités de mise en œuvre et peut être influencé par des intérêts professionnels.
- La définition de cibles trop agressives peut porter préjudice à la fiabilité des données dont elles s'inspirent.
- Ce genre de cibles peut aussi susciter des réactions indésirables en termes de comportement.
- Les cibles peuvent encourager un comportement égoïste et vénal plutôt qu'un professionnalisme altruiste.

Source: Smith (59).

Au cours des dix dernières années, la définition de cibles a constitué une caractéristique particulièrement importante des politiques élaborées en Angleterre dans le domaine des soins de santé. Le ministère des Finances a en effet fixé, dès 1998, des objectifs stratégiques appelés « Public Service Agreements » à l'adresse de tous les ministères, dont celui de la Santé (57). Ces accords portaient principalement sur les résultats, comme l'amélioration des taux de mortalité, la diminution du tabagisme et de l'obésité et la réduction des temps d'attente. L'établissement des fiches de rapport de zéro à trois étoiles, décrits plus haut, a été l'une des principales méthodes utilisées par le ministère de la Santé pour atteindre ces cibles. Contrairement à la plupart des systèmes nationaux de définition de cibles, celui-ci s'est avéré franchement efficace pour la réalisation de certains des objectifs fixés en matière de soins de santé (58). Ce succès peut être attribué aux facteurs suivants :

- les cibles étaient précises et visaient des objectifs à court terme plutôt que des objectifs globaux à long terme ;
- les cibles étaient définies au niveau local plutôt qu'au niveau national ;
- des experts ont participé à la définition et à la réalisation de certaines de ces cibles. Malgré le risque de « récupération par les intérêts professionnels », on a pu sensibiliser davantage aux objectifs ;
- les capacités des organismes et agences en matière de financement, d'information et de gestion ont été développées afin d'atteindre les cibles difficiles ;
- des incitants concrets ont été joints aux cibles.

Cependant, ce succès rencontré dans le domaine des soins de santé n'a pu être reproduit dans celui de la santé publique, sans doute parce que les responsables ont estimé que les cibles applicables aux soins de santé se prêtaient beaucoup mieux aux interventions portant sur les systèmes de santé.

Si les cibles constituent un moyen direct de mettre en lumière les principaux objectifs et peuvent s'avérer très efficaces si elles sont correctement conçues et réalisées, plusieurs risques y sont néanmoins associés (voir l'encadré 8, risques associés à une dépendance accrue aux cibles) (59). En conclusion, les cibles permettent de concentrer l'attention du système sur des efforts spécifiques, la performance a peu de chances de s'améliorer, à moins que l'on ne vise une application sérieuse avec d'autres initiatives comme l'inspection générale et la réglementation.

Amélioration professionnelle

La plupart des utilisations de la mesure de la performance décrites ci-dessus constituent en quelque sorte un moyen d'obtenir une évaluation et une analyse externes des systèmes de santé, en tant que mécanisme de stimulation de la performance. Cependant, une autre utilisation importante peut être l'information de retour ainsi fournie aux médecins quant à leur performance par rapport à leurs collègues. Bon nombre de pays possèdent des bases de données à cette fin. En Suède, par exemple, on a établi des registres de la qualité qui compilent des données recueillies à titre personnel et facultatif (caractéristiques des patients, diagnostics, traitements, vécu et bilans sanitaires) de la part des prestataires, et sont partagées avec les autres membres du registre. Leur but explicite est de faciliter l'amélioration de la qualité des interventions cliniques par un processus d'apprentissage et de développement professionnels continus (60) (encadré 9). En fait, on est parfaitement convaincu que la mesure de la performance devrait faire partie intégrante du programme de formation permanente des médecins, et les principes qui la gouvernent devraient par conséquent être ancrés dès le début dans la formation clinique.

La question de savoir si les informations relatives à l'amélioration professionnelle doivent rester anonymes ou être rendues publiques est largement débattue. Il est prouvé que, pour être efficaces, de telles initiatives de mesure de la performance doivent être conçues par les professionnels qui les utilisent et qui, d'ailleurs, doivent être partie prenante à l'ensemble du projet (61). Il est soutenu que les systèmes les plus constructifs sont ceux qui encouragent une attitude positive et de coopération entre les médecins, et évitent les menaces publiques à leur statut professionnel ou commercial, ce qui peut stimuler un comportement défensif pouvant mener à la sélection aléatoire et au picorage ou à d'autres réactions indésirables. Les indicateurs utilisés pour l'amélioration professionnelle devraient par conséquent :

Encadré 9. Les registres de la qualité en Suède

L'élaboration de registres nationaux de la qualité en Suède s'inscrit dans un effort majeur de promouvoir l'amélioration de la performance. Il existe environ 50 registres actifs, le premier remontant à 1979. Ils visent à encourager la bonne pratique médicale par la comparaison et l'évaluation de données collectées au fil du temps entre prestataires et portant sur la qualité et les résultats des traitements. Si plusieurs modes de gestion sont utilisés, chaque registre est néanmoins établi dans un cadre clinique et généralement tenu à jour par un groupe d'experts (le plus souvent en place dans un des hôpitaux universitaires du pays) chargés de rassembler, d'analyser et de diffuser les données à ses membres. Plusieurs réunions peuvent être organisées chaque année pour examiner le matériel collecté. La participation des médecins à ces groupes est facultative et, dans la plupart des cas, les registres s'élaborent de manière progressive. Une fois le registre mis en place, les indicateurs de qualité et les outils d'établissement de rapports sont définis sur la base d'un consensus au sein de la spécialité médicale, et sont souvent affinés d'une année à l'autre. Les informations sur les unités et les départements restent anonymes. Cependant, la plupart des registres bien établis publient ce genre de données. Les registres de qualité fournissent aux médecins des informations essentielles leur permettant de comparer la performance et de faciliter tout débat relatif à son amélioration. Les données reprises dans ces registres sont de plus en plus utilisées pour la prise de décisions.

Source: Rehnqvist (60).

- illustrer les aspects significatifs de la pratique clinique à l'aide d'arguments hautement scientifiques ;
- garantir un ajustement des indicateurs en fonction des risques ;
- permettre l'exclusion de certains patients, comme ceux qui refusent d'adhérer au traitement ;
- faciliter l'interprétation ;
- représenter les services relevant du prestataire ;
- garantir un haut niveau d'exactitude ;
- limiter autant que possible les coûts et les charges.

Outre la mesure des résultats des traitements, il importe également de chercher à évaluer l'étendue des soins inappropriés (administration insuffisante ou excessive de médicaments).

Les critères à la base de tout système efficace d'amélioration professionnelle et de mesure de la performance peuvent par conséquent s'opposer à ceux des systèmes d'information, dont l'objectif est de promouvoir la responsabilisation et le choix des patients. Il ne faut pas en déduire que le conflit existant entre ces différents besoins et exigences ne peut être résolu. L'expérience acquise en Suède et ailleurs, comme au Danemark et aux Pays-Bas, indique que les besoins du public et des professionnels de santé peuvent être réconciliés. Par exemple, certains registres de qualité publient les bilans sanitaires relatifs à chaque médecin (62). En tout cas, il est très probable que les patients exigent de plus en plus que davantage de données sur la performance soient rendues publiques. La profession est

confrontée à un défi, à savoir garantir que cette tendance engrange des résultats positifs, au lieu de susciter un comportement défensif. Une solution réside dans la formulation rigoureuse de mécanismes acceptables d'ajustement des risques et dans la présentation méthodique de données statistiques, de manière à ce que le public et les médias soient plus à même de comprendre et d'interpréter les informations disponibles.

Résumé et conclusions

L'objectif ultime de tout instrument de mesure de la performance est de promouvoir la réalisation des objectifs des systèmes de santé. Par conséquent, son efficacité doit être évaluée non pas en fonction de paramètres statistiques, tels que l'exactitude et la validité, mais d'une manière plus générale en fonction de sa capacité à promouvoir ou à accommoder ces objectifs. La mesure de la performance seule ne suffit pas à en assurer une gestion efficace. Les fonctions d'analyse et d'interprétation des données sont tout aussi cruciales. En outre, la mesure de la performance (quoique primordiale) n'est que l'un des instruments servant à garantir l'amélioration des systèmes. Pour maximiser son impact, elle doit s'aligner sur d'autres aspects de la conception des systèmes, tels que le financement, la structure commerciale, les dispositions en matière de responsabilité et la réglementation. Enfin, une attention particulière doit être accordée au contexte politique dans lequel chaque mécanisme de mesure de la performance doit être mis en place. Si cet aspect plus général des systèmes de santé n'est pas sérieusement pris en compte, même le meilleur de ces mécanismes sera inefficace.

Les pouvoirs publics doivent assumer une importante fonction de direction afin de réaliser le plein potentiel de la mesure de la performance et, par conséquent, améliorer le système de santé. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde* publié en 2000 (7), cette fonction de direction (également appelée administration générale ou « stewardship ») englobe « la définition des grands desseins et l'orientation de la politique de la santé, l'influence qui s'exerce par la réglementation et le plaidoyer, et la collecte ainsi que l'utilisation de l'information ». Le présent document a tenté d'expliquer dans les grandes lignes comment la mesure de la performance peut aider les pouvoirs publics à assumer chacun de ces rôles. Celle-ci offre aux systèmes de santé d'importantes possibilités de garantir une amélioration de la performance et aucun système de santé ne peut être adéquatement géré sans informations et données exploitables de qualité. En substance, la mesure de la performance doit améliorer les décisions prises par les acteurs et intervenants dans l'ensemble du système de santé.

Les informations sur la performance peuvent aider directement les pouvoirs publics à formuler et évaluer les politiques et à procéder à une réglementation. Cependant, les autorités publiques ont un rôle de

Encadré 10. Fonctions de direction : responsabilités associées à la mesure de la performance

Les fonctions de direction et les responsabilités assumées eu égard à la mesure de la performance sont résumées sous chacune des rubriques suivantes. Aucun de ces rôles ne doit être obligatoirement assumé par les pouvoirs publics eux-mêmes, mais leur fonctionnement efficace doit être garanti.

1. élaboration d'un cadre conceptuel explicite et définition d'une vision claire quant aux objectifs du système de mesure de la performance :
 - alignement avec les relations axées sur la responsabilité ;
 - alignement avec d'autres mécanismes des systèmes de santé, tels que le financement, la structure commerciale et les technologies de l'information ;
2. conception de mécanismes de collecte de données :
 - spécification détaillée des différents indicateurs ;
 - harmonisation avec les bonnes pratiques sur le plan international ;
3. gouvernance de l'information :
 - audit des données et contrôle de la qualité ;
 - garantir la confiance du public envers les informations ;
 - garantir un débat public bien avisé ;
4. élaboration de dispositifs d'analyse et développement des capacités analytiques pour faciliter la compréhension des données :
 - garantir une analyse efficiente et efficace ;
 - s'assurer que les décideurs locaux comprennent l'analyse ;
 - demander la mise en œuvre d'une recherche appropriée sur, par exemple, l'ajustement en fonction des risques, les aléas et les mécanismes de retour d'informations ;
5. élaboration de méthodes adéquates de consolidation et de présentation des données :
 - s'assurer que les informations aient un impact approprié sur toutes les parties ;
 - rendre obligatoire la publication d'informations récapitulatives et comparatives ;
 - garantir la comparabilité et la cohérence ;
6. élaboration d'incitants pour donner suite aux mesures de la performance :
 - surveiller les effets des informations relatives à la performance sur le comportement ;
 - agir de manière à favoriser les retombées positives et à neutraliser les conséquences indésirables ;
7. évaluation adéquate des instruments de mesure de la performance :
 - garantir un bon rapport coût-efficacité pour les dépenses en matière d'informatique ;
8. gestion du processus d'élaboration de politiques :
 - formuler des options politiques et en assurer le suivi ;
 - encourager un débat politique stimulant ;
 - s'assurer que des groupes d'intérêts spécifiques ne récupèrent pas les informations sur la performance.

direction plus général, à savoir de garantir la mise en place d'un flux nécessaire et efficace d'informations, s'alignant sur la structure conceptuelle du système de santé. La mesure de la performance est un bien public qui ne se mettra pas en place de manière naturelle. Les pouvoirs publics ont donc un rôle fondamental à jouer afin de maximiser les retombées de ce mode d'évaluation, que ce soit par la législation, la réglementation, la coordination ou la persuasion. Le processus de mise en œuvre nécessite un rôle mobilisateur soutenu au plus haut niveau de la part des instances politiques et professionnelles, et la garantie que l'expertise analytique nécessaire soit disponible dans tout le système de santé.

Quelques-unes des fonctions de direction et des responsabilités des pouvoirs publics dans le domaine de la mesure de la performance sont résumées dans l'encadré 10.

Étant donné la demande croissante de mesure de la performance, et l'éventail des acteurs et des responsabilités, il importe que les décideurs examinent les critères d'efficacité des indicateurs quand il s'agit d'améliorer la performance et la responsabilité des systèmes. Bien qu'il n'existe aucune réponse définitive à cette question, l'expérience suggère que tout processus d'élaboration de politiques devrait tenir compte des points suivants :

1. Il faut définir un cadre conceptuel concret et une vision claire des objectifs du système de mesure de la performance, et les aligner avec les relations axées sur les responsabilités inhérentes au système de santé.
2. Les indicateurs doivent tenter de mesurer la performance directement imputable à une organisation ou un acteur, et non à des facteurs relevant du contexte (tels que les caractéristiques propres aux patients ou les facteurs socioéconomiques).
3. Les définitions de ces indicateurs de la performance doivent être explicites et cohérentes, et correspondre au cadre conceptuel choisi.
4. Les indicateurs doivent mesurer les concepts correspondant aux besoins des acteurs et intervenants spécifiques, et ne doivent pas simplement évaluer ce qui est disponible ou facilement mesurable.
5. Les indicateurs doivent être statistiquement rationnels et être présentés de manière à ce qu'ils soient faciles à interpréter afin de limiter les probabilités de manipulation ou d'appréciation erronée.
6. Les indicateurs doivent être présentés en toute conscience des limites des données recueillies, y compris l'estimation des incertitudes et la non-attention en temps voulu des informations. Il est nécessaire de mener une recherche plus approfondie afin de trouver les moyens de mieux

gérer les erreurs d'évaluation, car de telles erreurs peuvent entraîner une confusion par rapport aux réelles différences de performance.

7. Davantage d'attention doit être accordée à la présentation des données sur la performance et à la manière dont elle influence l'interprétation par les patients, les prestataires et organisations de prestataires.
8. Il faut accorder de l'attention au développement des capacités de compréhension et d'utilisation des informations chez les responsables et les médecins. L'utilisation des données sur la performance doit être intégrée à la formation clinique et au développement professionnel permanent.
9. Les incitants donnant suite aux mesures de la performance doivent être élaborés avec soin. L'impact de l'information relative à la performance sur le comportement doit être étroitement surveillé, et des mesures doivent être prises afin de favoriser les retombées positives et de neutraliser les conséquences indésirables.
10. Les responsables politiques doivent accorder une attention particulière au système de santé dans son ensemble, s'assurer que la mesure de la performance soit conforme à la structure des mécanismes (par exemple, systèmes de financement et commerciaux), et reconnaître le contexte organisationnel dans lequel les données relatives à la performance sont collectées et diffusées.
11. Les systèmes de mesure de la performance doivent être fréquemment contrôlés et évalués afin de sonder les possibilités d'amélioration et les effets secondaires indésirables.
12. Les aspects politiques de la mesure de la performance doivent être gérés efficacement. Il s'agit notamment de s'assurer que des groupes d'intérêts spécifiques ne récupèrent pas le système d'information, et qu'un débat politique rationnel soit encouragé.

Les systèmes de santé ne sont encore qu'au tout début de la mesure de la performance, et d'importantes initiatives doivent encore être prises pour accroître l'efficacité des systèmes d'évaluation. La mesure de la performance permet cependant une amélioration majeure des systèmes de santé. Les progrès technologiques vont probablement stimuler davantage ce potentiel, et la demande croissante du public pour une prise de responsabilités et des informations à cet égard ne fera que renforcer les tendances actuelles. Dans l'élaboration des politiques, il importe dès lors de prendre en compte comme il se doit le rôle de la mesure de la performance dans les systèmes de santé, de mener des initiatives dont l'efficacité est avérée, de réaliser des essais rigoureux de mécanismes moins établis et de contrôler et de mettre à jour les systèmes de mesure de la performance au gré de l'émergence des nouvelles connaissances et capacités.

Bibliographie

1. Loeb JM. The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004, 16(Suppl. 1):i5-i9.
2. McIntyre D, Rogers L, Heihei EJ. Overview, history, and objectives of performance measurement. *Health Care Financing Review*, 2001, 22:7-43.
3. Spiegelhalter DJ. Surgical audit: statistical lessons from Nightingale and Codman. *Journal of the Royal Statistical Society*, 1999, 162(1):45-58.
4. Power M. *The audit society: rituals of verification*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press, 1999.
5. Smith PC. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management*, 2005, 25(4):213-220.
6. Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
7. *Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>, consulté le 28 mai 2008).
8. Holland W. *European Community atlas of 'avoidable death'*. Oxford, Oxford University Press, 1988.
9. Nolte E, McKee M. *Does healthcare save lives? Avoidable mortality revisited*. London, The Nuffield Trust, 2004.
10. Fitzpatrick R. Individual health outcomes from health care interventions. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, 44(3):166-206.
12. Naylor DC, Iron K, Handa K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:13-34.
13. Davies H. *Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature*. Edinburgh, NHS Quality Improvement Scotland, 2005 (<http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf>, consulté le 28 mai 2008).
14. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 2001, 13(6):475-480.
15. Valentine N et al. Responsiveness. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (in press).
16. Wagstaff A. Financial protection. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
17. Street A, Hakkinen U. Health system. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
18. Linna M. *Benchmarking hospital productivity*. Berlin, Bertelsmann Foundation Health Policy Monitor, 2006 (http://www.hpm.org/en/Surveys/STAKES/07/Benchmarking_hospital_productivity.html, consulté le 29 mai 2008).

19. Sairaaloiden tuottavuuden kehitys 2001–2005 [The development of hospitals' profitability, 2001–2005]. Helsinki, Finnish National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2007 (Tilastotiedote Statistikmeddelande 5/2007; http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt05_07.pdf, consulté le 28 mai 2008).
20. Health Care Quality Indicators Project [web site]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (http://www.oecd.org/document/34/0,3343,en_2649_201185_37088930_1_1_1_00.html, accessed 13 May 2008).
21. Campbell SM et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2002, 11:358–364.
22. Hauck K, Rice N, Smith P. The influence of health care organisations on health system performance. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2003, 8(2):68–74.
23. Terris DD, Aron DC. Attribution and causality in health care performance measurement. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
24. Iezzoni L. Risk adjustment for performance measurement. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
25. Grigg O, Spiegelhalter D. Clinical surveillance and patient safety. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
26. Goddard M, Jacobs R. Using composite indicators to measure performance in health care. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
27. Smith PC. Developing composite indicators for assessing health system efficiency. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:295–316.
28. Smith PC. The use of performance indicators in the public sector. *Journal of the Royal Statistical Society*, 1990, 153(1):53–72.
29. Wolfson M, Alvarez R. Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: the Canadian experience. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving health system performance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:133–155.
30. Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården [National Quality Indicators in the health care system]. Stockholm, National Board of Health and Welfare, 2006 (<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/28769591-A924-4AD9-ADD8-352B79875D51/5783/200610713.pdf>, consulté le 28 mai 2008) (en suédois).
31. Sequist T, Bates D. Information technology and performance measurement. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
32. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(Suppl. 1):I30–I38.
33. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs*, 2005, 24(4):1150–1160.
34. Shekelle PG. Public reporting of quality information. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
35. Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. *New England Journal of Medicine*, 1996, 335(4):251–256.
36. Dranove D et al. Is more information better? The effects of "report cards" on health care providers. *Journal of Political Economy*, 2003, 111(3):555–588.
37. Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *British Medical Journal*, 2001, 323:260–263.
38. Fritt Sykehusvalg Norge [Free Hospital Choice Norway] [web site]. Oslo, Social- og Helsdirektoratet (<http://www.frittsykehusvalg.no>, consulté le 28 mai 2008).
39. Marshall MN et al. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs*, 2003, 22(3):134–148.
40. Marshall MN et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(14):1866–1874.
41. Marshall MN et al. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care*, 2000, 9:53–57.
42. Dudley RA. Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294(14):1821–1823.
43. Der Gemeinsame Bundesausschuss [web site]. Siegburg, Gemeinsamer Bundesausschuss (<http://www.g-ba.de/>, consulté le 13 mai 2008).
44. *Ensuring quality providers: a purchaser's toolkit for using incentives*. Washington, National Health Care Purchasing Institute, 2002.
45. Smith PC, York N. Quality incentives: the case of U.K. general practitioners. *Health Affairs*, 2004, 22(3):112–118.
46. Doran T et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 2006, 355(4):375–384.
47. Roland MO et al. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Primary Health Care Research and Development*, 2006, 7(1):18–26.
48. Burr T. *NHS pay modernisation: new contracts for general practice services in England*. London, National Audit Office, 2008 (http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/0708307.pdf, consulté le 13 mai 2008).
49. Gravelle H, Sutton M, Ma A. *Doctor behaviour under a pay for performance contract: evidence from the Quality and Outcomes Framework*. York, Centre for Health Economics, University of York, 2007 (CHE Research Paper 28; <http://www.york.ac.uk/inst/che/pdf/rp28.pdf>, consulté le 13 mai 2008).
50. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357(2):181–190.
51. Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. *Time series analysis for selected clinical indicators from the Quality and Outcomes Framework 2001–2006*. Leeds, The Information Centre for Health and Social Care, 2007.
52. Lester H, Roland M. Performance measurement in primary care. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press (sous presse).
53. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part 1: lessons learned. *Health Policy*, 2000, 53(1):1–11.
54. Wismar M et al., eds. *Good governance for implementing health targets*. Maidenhead, Open University Press (sous presse).
55. *Health of the nation – a policy assessed*. London, Department of Health, 1998.
56. Hunter D. England. In: Marinker M, ed. *Health targets in Europe: policy, progress and promise*. London, BMJ Books, 2002:148–164.
57. Smith PC. Performance budgeting in England: public service agreements. In: Robinson M, ed. *Performance budgeting: linking funding and results*. Houndmills, Palgrave Macmillan, 2007:211–233.
58. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*, 2006, 332:419–422.
59. Smith PC. Targets in the English health system. In: Wismar M et al., eds. *Good governance for implementing health targets*. Maidenhead, Open University Press (sous presse).
60. Rehnqvist N. Improving accountability in a decentralized system: a Swedish perspective. In: Smith PC, ed. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002:87–96.
61. Rowan K, Black N. A bottom-up approach to performance indicators through clinician networks. *Health Care UK*, 2000, Spring:42–46.
62. Den Danske Kvalitetsmodels organisation [The Danish Quality Model Organization] [web site]. Århus, Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare, 2007 (<http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw179.asp>, consulté le 28 mai 2008) (en danois).

Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø
Danemark
Tél. : +45 39 17 17 17
Fax : +45 39 17 18 18
Courriel : postmaster@euro.who.int
Site Web : www.euro.who.int

Le présent rapport est l'un des trois documents de référence préparés pour la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé : « Systèmes de santé, santé et prospérité », organisée du 25 au 27 juin à Tallinn (Estonie). Ensemble, ces rapports démontrent que :

- la mauvaise santé fait peser un lourd fardeau sur l'économie et le bien-être sociétal ;
- des systèmes de santé bien gérés peuvent améliorer la santé et le bien-être, et contribuer à enrichir la société ;
- des stratégies existent pour améliorer la performance des systèmes de santé.

Ce sont là les principaux thèmes de la Conférence. Ces synthèses détaillées mettent en évidence d'importantes conclusions de recherches et leurs implications, et soulignent les défis qu'elles posent aux décideurs. Elles étayaient la position défendue lors de cette conférence, à savoir que des dépenses réfléchies et appropriées en matière de systèmes de santé représentent un bon investissement qui peut être profitable à la santé, à la prospérité et au bien-être au sens le plus large.

Ensemble, ces trois documents de référence constituent le fondement théorique autour duquel s'articulent les objectifs, les arguments et la raison d'être de la Conférence. Le premier présente les bases factuelles relatives au coût de la mauvaise santé ; il est corroboré par deux volumes sur la santé en tant qu'investissement vital dans les pays orientaux et occidentaux de la Région européenne de l'OMS. Le deuxième et le troisième documents sont des résumés concis des deux volumes détaillés de la conférence, qui sont coordonnés par l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Toute une série d'éminents experts prennent part à la production de ces volumes – sur les systèmes de santé, la santé et la prospérité, et la performance des systèmes de santé – qui sont à la disposition des participants à la Conférence sous forme de version provisoire pour commentaires. Ils seront révisés à la lumière des réactions reçues, avant publication fin 2008.

Document de référence n° 2

Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé : expériences, défis et perspectives

Cette synthèse fait l'apologie de la mesure de la performance en tant qu'outil capital pour les responsables des politiques qui travaillent à l'amélioration des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS. Elle dégage les divers éléments requis d'un cadre global pour la mesure de la performance des systèmes de santé, indique comment cette mesure peut être utilisée en pratique et souligne le rôle de gestionnaire joué par les autorités publiques pour parvenir à une meilleure performance. Elle passe en revue les bases factuelles existantes et fournit des exemples de l'application empirique des mesures de la performance, démontrant que si les pouvoirs publics investissent dans la santé, ils peuvent espérer que ces moyens seront utilisés à bon escient.



Conférence ministérielle européenne
de l'OMS sur les systèmes de santé :
«SYSTÈMES DE SANTÉ,
SANTÉ ET PROSPÉRITÉ»
Tallinn (Estonie), 25–27 juin 2008



EUROPE