

MESURE DE LA PERFORMANCE DANS LE DOMAINE DE LA SANTE

Dr Dominique Baubeau (DREES), Céline Pereira (DREES)

Octobre 2003

La mesure de la performance dans le domaine sanitaire est une préoccupation qui remonte au milieu du 19^{ième} siècle (Nithingale, 1860) mais dont l'application concrète n'a commencé à être réalisée qu'il y a une dizaine d'années, faute de systèmes d'information suffisants. Dans les années 1980-1990, sous la pression de l'opinion publique et des contraintes financières que connaît le système de santé depuis les années 1970 et grâce au développement d'outils statistiques plus puissants, les travaux sur ce thème se développent. En effet, dans un contexte de ressources publiques limitées, les pouvoirs publics cherchent à savoir si les dépenses engagées au titre de la fonction santé sont bien employées. Quant aux patients, de mieux en mieux informés, ils souhaitent être au courant de la qualité de soins qui leur sont fournis par les différents prestataires.

La mesure des performances dans le domaine sanitaire est :

- Une entreprise légitime, soutenue par les aspirations de l'opinion publique à un meilleur système de santé et à une responsabilité accrue de ce système ;
- Une entreprise difficile qui fait écho à la complexité des déterminants de la santé, à la multiplicité des intervenants ainsi qu'à la nécessité de procéder par comparaison, en l'absence de « valeur absolue » ;
- Une entreprise politique car la nature des performances attendues dépend des objectifs poursuivis par les Pouvoirs Publics et des attentes que les citoyens placent dans le système de santé.

La présentation s'articulera autour de deux points : le champ considéré lors d'une mesure des performances, les différentes dimensions prises en compte et les indicateurs utilisés.

1. LE CHAMP CONSIDERE

La contribution du système de soins à la santé est réputée mineure (autour de 20 % selon les chiffres les plus fréquemment cités¹), ce qui, a contrario, démontre l'importance des déterminants liés aux individus qui composent une population, mais également de nombreux autres facteurs comme l'environnement social et physique, le niveau socio-économique et sa distribution, le niveau d'éducation ou les conditions de vie. Dans ces conditions, on comprend qu'il soit indispensable,

¹ OCDE (1990), Les systèmes de santé, Paris : OCDE

lorsqu'on se propose de mesurer « des performances » d'un pays ou d'une région donnée en matière de santé, de préciser le champ dont on parle.

1.a) S'agit t-il du système de santé avec l'ensemble de ses composantes ?

S'agit il du « système de santé » dans son ensemble, comme ce fut le cas du rapport OMS qui se basait sur un concept large de ce système, incluant tous les déterminants contribuant à une meilleure santé comme l'éducation, le soutien social ou le niveau de revenu et sa distribution ? La plupart des comparaisons entre pays, comme les travaux de la communauté européenne qui s'intéressent à l'espérance de vie à la naissance ou à la qualité de vie, sans aller aussi loin que l'OMS, dépassent également le cadre strict des soins, et ce d'autant que les organisations sanitaires diffèrent assez sensiblement selon les pays. C'est également l'ambition du projet de Loi relative à la Politique de Santé Publique en cours d'examen par le parlement que de fixer des objectifs obligeant à dépasser la sphère d'intervention traditionnelle des professionnels de santé et mobilisant des acteurs d'autres secteurs d'activité. Il est ainsi prévu de suivre l'amélioration de la performance à travers des indicateurs adaptés. A titre d'exemple, la réduction du nombre d'enfants souffrant d'une intoxication chronique au plomb (saturnisme) en rapport avec un logement insalubre, suppose à l'évidence des décisions hors du champ de compétence des professionnels du soin.

1.b) ...du système de soins

Par ailleurs, à l'intérieur de territoires où les règles de financement et les principes d'organisation des professionnels sont suffisamment harmonisés, il est possible de comparer les performances respectives des « systèmes de soins » (au sens des organisations intégrant l'ensemble des acteurs) des différentes « régions » qui les composent. C'est ainsi qu'au Canada, chaque année, un rapport publie les résultats obtenus par les différentes provinces, en s'intéressant à l'état de santé de la population, à la manière dont le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire interagissent et aux résultats obtenus, compte tenu de leurs ressources humaines disponibles et de leur niveau de dépense par habitant. De même, le système de santé des armées aux Etats-Unis (Veteran Administration) a été régionalisé il y a quelques années ; dorénavant, chaque région est comparée aux autres, à l'aide d'un tableau de bord qui prend en compte à la fois les résultats sanitaires globaux, des indicateurs de satisfaction des patients, de coût et de qualité technique des soins hospitaliers. On peut imaginer qu'à terme, si les agences régionales de santé sont créées, ce type de démarche comparative pourra se mettre en place.

1.c) ... ou du système hospitalier ?

Pour le moment, en France, la régionalisation dans le domaine de la santé a maintenu la séparation entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Dès lors, dans le cadre de la contractualisation envisagée avec les directeurs d'Agences Régionales d'Hospitalisation, le champ de la mesure des performances ne peut pas s'intéresser au système de soins dans son ensemble, mais seulement au système hospitalier. Il y a quelques années, de telles comparaisons ont déjà été entreprises pour attribuer les « enveloppes » hospitalières aux régions. Le rapport du Haut Comité de Santé Publique relatif aux différentes méthodes envisageables pour réduire les inégalités de ressources entre les régions (HCSP,

1997) avait souligné que le choix de l'une d'entre elles dépendait du modèle de performances attendues et, par conséquent, d'options plus politiques que techniques. A terme, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité, la détermination du montant des enveloppes consacrées aux missions d'intérêt général et aux aides à la contractualisation à disposition des agences devra s'appuyer peu ou prou sur des analyses comparatives des « performances du système hospitalier ». De même, on pourrait imaginer des comparaisons dans le champ du secteur ambulatoire libéral.

Cette déclinaison des différents champs pouvant être concernés par la mesure des performances en santé, interroge de facto sur le sens donné au terme « performances ». A l'évidence, dans des contextes aussi différents, il ne recouvre pas les mêmes réalités. Par ailleurs, dans un champ déterminé, il a un contenu différent selon les pays et les valeurs portées par la société. A titre d'exemple, selon les pays, les attentes vis-à-vis de l'hôpital varient selon la place qu'il occupe au sein du système de soins et selon les modes de financement. Mais, plus encore, au sein d'un pays donné, les points de vue des gestionnaires, des usagers, des professionnels de santé et des « régulateurs » divergent sur ce qu'est un hôpital « performant ».

2. LES DIMENSIONS DE LA PERFORMANCE ET LES INDICATEURS UTILISÉS

Aussi, il faut insister sur le caractère multidimensionnel de ce concept et s'attacher autant que faire se peut, dans un champ déterminé, à expliciter les dimensions retenues pour la mesure (qualité des soins et efficacité économique par exemple) avant de définir des indicateurs reflétant ces dimensions.

Dans le domaine de la santé, depuis les travaux pionniers de Donabedian (Donabedian, 1980), on a coutume de distinguer :

- Les indicateurs de structure qui représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients (ex : équivalent temps plein de personnel par activité) ;
- Les indicateurs de processus qui renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées au cours de la prise en charge du patient ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés (ex : délai d'obtention d'un rendez-vous) ;
- Les indicateurs de résultats intermédiaires qui mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes du processus de soins (taux de césariennes, taux de vaccination) ;
- Les indicateurs de résultats finaux en termes de santé qui traduisent un changement de l'état de santé des patients (taux de mortalité) ;
- Les indicateurs de satisfaction des patients.

Ils décrivent un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Leur utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. Ils doivent être calculés et analysés à l'aune des définitions retenues et du champ considéré. Dans les faits, les indicateurs sont généralement étudiés sans référence à un modèle explicatif et sans vision globale, ce qui n'autorise pas à porter des jugements pertinents sur les « performances » du champ considéré.

Les dimensions et les indicateurs retenus, ainsi que leur interprétation, varient selon que l'on considère les performances du système de santé, celles du système de soins ou celles des établissements hospitaliers.

2.1. La mesure des performances du système de santé

2.1.1. Les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé

Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde paru à l'été 2000 avait clairement l'ambition d'aborder les performances comparées des systèmes de santé et se proposait de classer 191 pays sur la base de critères et d'indicateurs communs. Ce faisant, son optique était celle d'une comparaison de résultats « relatifs », intégrant le niveau socio-économique des pays et non de résultats absolus. Trois dimensions de la performance ont été ainsi retenues :

- L'amélioration de l'état de santé de la population ;
- La réactivité du système par rapport aux attentes des personnes ;
- L'équité du financement du système de soins.

Le classement réalisé tient compte à la fois du niveau de réussite sur ces trois dimensions et de l'équité des systèmes, et fait appel à plusieurs registres différents d'appréciation des performances. Il repose, dans un premier temps, sur cinq indicateurs :

- Le niveau de santé général ;
- La distribution de la santé dans la population ;
- Le degré général de réactivité ;
- La distribution de cette réactivité ;
- La distribution de la contribution financière.

La mesure de l'état de santé est faite en utilisant la charge de mortalité qui permet de calculer pour chaque pays l'Espérance de Vie à la naissance Corrigée de l'Incapacité (EVCI). Celle de l'équité en termes d'état de santé est faite à partir de la mortalité infantile, car c'est le plus souvent la seule donnée disponible permettant de comparer tous les pays entre eux. Il faut cependant noter que cet indicateur ne reflète qu'une partie des inégalités de santé dans la population.

La réactivité est jugée sur deux dimensions principales : le respect des personnes (respect de la dignité, confidentialité, autonomie) et l'attention portée au patient (rapidité de la prise en charge, qualité de l'environnement, accès aux réseaux d'aide sociale, choix du prestataire). Le caractère équitable des systèmes en termes de réactivité renvoie à l'existence de discriminations systématiques.

La contribution financière est dite équitable dans un pays quand le rapport des dépenses individuelles de financement des services de santé au total des autres dépenses de consommation, hors alimentation, est à peu près constant, quels que soient le niveau de revenu, l'état de santé et l'utilisation individuelle des services de santé. L'équité du financement tient compte de la répartition des charges qui pèsent sur les ménages, eu égard à leur capacité à payer.

Dans un second temps, une pondération est donnée à chaque indicateur, de façon à calculer une note globale², à partir d'une enquête auprès d'un millier de personnes qualifiées dans tous les pays de l'OMS. Après avoir calculé cet indice synthétique, on le rapporte aux moyens mis en œuvre pour l'atteindre : les dépenses de santé mais également le « capital humain » de chaque pays, mesuré par le niveau de scolarisation de la population³. Les scores obtenus permettent de positionner les pays en définissant un classement pour les différents objectifs du système et pour la performance globale (cf. Tableau 2.1).

Tableau 2.1. : La performance des systèmes de santé selon l'OMS

Pays	Note globale	Rang des différents indicateurs				Distribution de la Contribution financière	Rang des dépenses et Capital
		Santé		Réactivité			
		Niveau	Distribution	Degré	Distribution		
France	0.994	3	12	16-17	3-38	26-29	4
Italie	0.991	6	14	22-23	3-38	45-47	11
Espagne	0.972	5	11	34	3-38	26-29	24
Portugal	0.945	29	34	38	53-57	58-60	28
Grèce	0.933	7	6	36	3-38	41	30
Pays-Bas	0.928	13	15	9	3-38	20-22	9
Royaume-Uni	0.925	14	2	26-27	3-38	8-11	26
Belgique	0.915	16	26	16-17	3-38	3-5	15
Suède	0.908	4	28	10	3-38	12-15	7
Allemagne	0.902	22	20	5	3-38	6-7	3
Canada	0.881	12	18	7-8	3-38	17-19	10
Danemark	0.862	28	21	4	3-38	3-5	8
Etats-Unis	0.838	24	32	1	3-38	54-55	1

Source : Rapport sur la Santé dans le Monde, 2000, OMS

² Un poids de 0,5 est accordé à la santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité), 0,25 à la réactivité et 0,25 à l'équité de la contribution financière.

³ L'OMS admet ainsi que la performance d'une société en matière d'état de santé de ses membres est fonction de son niveau général de développement et pas uniquement de ses services de soins.

Ce rapport OMS a généré un débat important au niveau de chacun des pays étudiés et à l'échelle internationale. Dans l'ensemble, le modèle des performances utilisé a été considéré comme novateur et riche de perspectives, même si certaines dimensions considérées comme importantes dans les pays développés en sont absentes comme l'accessibilité, la capacité d'adaptation aux changements ou la satisfaction des personnels de santé. Mais des critiques très vives ont visé l'option d'un classement unique à partir d'un indicateur composé d'un si grand niveau d'agrégation, les modes de calcul des indicateurs et le manque substantiel de données. Ainsi, le choix de mesurer l'équité en termes d'état de santé par la seule survie des enfants de moins de cinq ans est lié à la disponibilité du taux de mortalité infantile. Pour la mesure de la réactivité des systèmes de santé, des enquêtes sont nécessaires. Dans les pays où elles n'ont pas pu être réalisées, les indicateurs sont estimés à l'aide de variables explicatives parmi lesquelles prédominent les dépenses de santé par tête ainsi que la richesse et le nombre d'années d'études de la population.

De plus, l'élaboration de la note globale de résultats, et donc du classement par pays, a été réalisée à partir d'une pondération établie par une enquête auprès d'un millier d'experts dans 125 pays. Le côté « boîte noire » de cette élaboration « à dire d'experts » rend toute interprétation extrêmement délicate. Enfin, on peut regretter la contribution limitée, voire inexistante, des pays dans l'exercice de mesure de la performance.

Malgré ces limites, il faut reconnaître que cet exercice a contribué à mettre à l'agenda politique ces questions de la performance des systèmes de santé et du renforcement des systèmes nationaux d'information. Par ailleurs, il a exprimé, de façon sans doute trop sommaire, l'existence de liens entre les différentes dimensions (y compris la possibilité de tensions contradictoires), ce qui est quasiment toujours occulté dans les travaux sur les indicateurs de mesure des « performances », sauf dans le champ strictement hospitalier.

Au niveau de l'OCDE, en particulier, les travaux qui ont suivi immédiatement la publication reconnaissent les mêmes dimensions fondatrices de la performance que celles mises en avant par l'OMS, mais donnaient plus de place à l'efficacité productive et aux comparaisons de coût et de qualité technique des soins. Par contre, les experts OCDE n'ont pas cherché ensuite à développer de modèle conceptuel intégrateur, ni à préciser le champ concerné par leurs travaux sur « la Qualité en santé ». En fait, si l'on examine les documents produits, l'objet semble se limiter au système de soins et la dimension privilégiée concerne la qualité technique des soins. Ils seront donc développés plus bas.

2.1.2. Les études menées au niveau européen

Dans le cadre de la communauté européenne, des « programmes d'action en santé publique » ont peu à peu émergé depuis dix ans, accompagnés par un programme de surveillance de la santé. Depuis

Maastricht, l'ambition s'est élargie et on assiste à la mise en place progressive d'un système d'information sur la santé au niveau européen. Pour servir à la définition d'objectifs et de politiques applicables à l'ensemble des Etats membres, il faut en effet des indicateurs pertinents, comparables et fiables. Leur construction est donc un enjeu collectif considérable (Actualités et Dossiers en Santé Publique, n°42, 2003 et DREES, document de travail n°31, avril 2003). Différents projets portant sur des thèmes complémentaires se développent : ECHI (European Community Health Indicators), Euro-Rêves (Réseau Espérance de vie en Santé), ISARE (Indicateurs de santé dans les régions d'Europe), Eurostat (Office Statistique de l'Union Européenne), Péristat (indicateurs de surveillance et d'évaluation de la santé périnatale), HDP (projet sur les données hospitalières)... Ces projets rassemblent des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs, basés sur des systèmes modernes d'information et de statistiques sur la santé organisés autour de quatre domaines :

- Les déterminants de la santé qui incluent principalement des données sur l'environnement, les styles de vie, les conditions de vie et les conditions socio-économiques, l'environnement au travail ;
- L'état de santé qui comprend quatre principaux sujets : l'état de santé perçue de la population, la morbidité diagnostiquée, les conditions liées à l'incapacité, les causes de décès ;
- Le système de santé avec trois principaux sujets : les fournisseurs de soins de santé et les équipements, la force de travail et les aspects financiers ;
- L'utilisation du système de santé qui inclut les données sur les patients hospitalisés et reçus en consultations externes ou en services de jour, les patients en soins ambulatoires et ceux qui fréquentent les services médico-sociaux.

Dans le projet ECHI, les indicateurs sont regroupés en quatre catégories principales :

- Démographie et facteurs socio-économiques ;
- Etat de santé, par exemple morbidité, mortalité et état fonctionnel ;
- Déterminants de la santé : facteurs individuels et biologiques, comportements, conditions de vie et de travail ;
- Systèmes de santé : prévention et promotion de la santé, offre de soins, utilisation du système de soins et dépenses, qualité des soins et performance du système.

EUROREVES a proposé à l'Union Européenne un ensemble cohérent de 10 indicateurs :

- Une question générale sur la morbidité chronique ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur la morbidité chronique ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les limitations fonctionnelles cognitives ;
- Une question générale sur les restrictions d'activité ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les activités domestiques ;
- Un ensemble de questions spécifiques sur les autres activités de la vie quotidienne ;
- Une question générale sur la santé perçue ;

- Un ensemble de questions spécifiques sur la santé mentale.

Le projet PERISTAT développe un ensemble d'indicateurs sur les thèmes suivants :

- La mortalité et la morbidité maternelles et infantiles associées aux événements de la période périnatale ;
- Les facteurs de risque démographiques, socio-économiques et comportementaux de la santé périnatale chez les femmes enceintes ;
- L'utilisation et les conséquences des technologies médicales dans la prise en charge des femmes et des enfants pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

On voit, à travers ce foisonnement de thèmes et d'indicateurs non hiérarchisés que la question des objectifs prioritaires d'un système (de santé et/ou de soins) et, dès lors, la définition des éléments qui pourraient permettre de juger de ses performances n'est pas non plus abordée de façon explicite pour le moment à l'échelle de l'Europe. On assiste, en matière de santé, au même constat que dans les domaines économique et financier (*cf.* la problématique des statistiques de l'emploi et du chômage ou de la pauvreté). Sans doute est-ce lié au fait que cette réflexion sur les exigences que l'on peut avoir vis à vis d'un système de santé relève plus des « politiques » que des techniciens. En attendant un tel débat sur le fond, ce sont les indicateurs qui occupent l'essentiel des travaux.

2.1.3. En France, le projet de Loi de Santé Publique

En France, il est encore difficile, à l'heure où nous rédigeons ces lignes, de percevoir le modèle sous jacent de la performance attendue du système de santé en pleine évolution. Le projet de Loi de Santé Publique, qui vise à réduire le paradoxe français d'un système de santé « performant » selon le classement OMS mais laissant subsister une mortalité prématurée élevée et des inégalités de santé entre régions ou entre groupes de populations, a ainsi proposé à la représentation nationale de s'engager sur 100 objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population ou dans des groupes de population spécifiques ayant des traits communs à une échéance pluriannuelle (5 ans). Le travail préalable du Groupe Technique National de Définition des Objectifs (auquel a participé la DREES) a analysé les connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique. Ces indicateurs qui vont au cours de l'année faire l'objet d'un processus de définition et de finalisation avec les producteurs d'informations devraient pour certains être déclinés au niveau régional. Par ailleurs, des indicateurs sur l'environnement social sont indispensables pour contextualiser les effets de la politique de santé publique et expliquer les évolutions qui seront observées.

Les problèmes de santé sélectionnés dans le cadre du projet de Loi relative à la Santé Publique sont regroupés en 4 catégories :

- Problèmes pouvant constituer des priorités de santé publique : accidents de la circulation, accidents de la vie courante, asthme, cancer...
- Recours au système de santé dont l'amélioration constitue une priorité de santé publique : IVG et contraception...
- Problèmes de santé, facteurs de risque de pathologies évitables : diabète, dyslipidémie, HTA, surpoids et obésité...
- Autres déterminants, facteurs de risque de pathologies évitables : comportements sexuels à risque, consommation d'alcool, de tabac, de drogues illicites, inégalités sociales et géographiques, malnutrition, risques liés à l'environnement physique et professionnel.

Tableau 2.2. : Quelques exemples issus du travail préalable du Groupe Technique National de Définition des Objectifs

Problèmes de santé	Objectif quantifiable	Indicateurs
Tabac (déterminant de santé)	Diminuer la prévalence du tabagisme	*Age moyen d'initiation au tabac *Prévalence des fumeurs par sexe, classe d'âge et CSP *Prévalence du tabagisme pendant la grossesse
Santé et travail	Réduire de 20 % le nombre d'accidents routiers liés au travail	Nombre d'accidents routiers par branche professionnelle
Santé et environnement	Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques	Émissions totales et sectorielles de composés organiques volatils, dioxines et métaux toxiques
Maladies infectieuses	Grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque	Taux de couverture vaccinale dans les groupes à risque

Parmi ces objectifs, certains supposent la production d'informations épidémiologiques encore inexistantes, ou encore l'évaluation de programmes précédents ou programmes pilotes. Ainsi, en matière de iatrogénie, il s'agit de réduire d'un tiers la fréquence des événements iatrogéniques évitables en ambulatoire et à l'hôpital, ce qui suppose notamment la mise en œuvre à intervalles réguliers d'une étude portant sur le risque iatrogène global. En ce qui concerne la précarité et les inégalités, il s'agit de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU. Pour cela, il faut analyser les conséquences d'un effet seuil lié au revenu sur le recours aux soins.

L'évaluation de l'atteinte de ces objectifs quantifiés à l'aide des indicateurs, participe certes de l'évaluation des politiques publiques, mais d'autres étapes seront nécessaires pour parvenir à mesurer les performances de notre système. Il conviendra sans doute mieux hiérarchiser les objectifs, de s'intéresser à l'efficacité ou à la satisfaction des usagers. A ce propos, le collectif des associations

d'usagers en santé a exprimé le souhait que cette vision fondée sur l'expertise soit davantage tournée vers les usagers et attentive à la cohérence d'ensemble des performances attendues.

2.2. La mesure des performances du système de soins

C'est sans doute le champ qui a donné lieu jusqu'ici au plus grand nombre de recherches du fait de la part de ressources qui lui est consacrée et de la croissance continue des dépenses de fonctionnement, constatée dans tous les pays.

En France, cette croissance est observable à travers l'évolution des agrégats utilisés dans les Comptes Nationaux de la Santé réalisés par la DREES (DREES, 2003b et 2003c). Ainsi, la Dépense Courante de Santé est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé (*cf.* Encadré n°1). Par ailleurs, on dispose d'indicateurs reflétant l'état de santé de la population (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile...). Une des difficultés de mesure de la performance du système de soins est de comparer les ressources engagées et les résultats de santé obtenus. En effet, même si l'on dispose d'indicateurs permettant de mesurer les deux « agrégats », on ne peut pas les relier l'un à l'autre afin de juger de l'efficacité du système de soins. Pour des pathologies données, d'autres indicateurs sont plus pertinents mais on ne dispose pas encore en routine de données permettant de mesurer les dépenses engagées au titre d'une pathologie prise isolément. Néanmoins, les travaux entrepris par le CREDES et la DREES sur les Comptes par pathologie à partir des données des Comptes de la Santé (CREDES-DREES, 2003) devraient à terme améliorer la mesure de la performance du système de soins dans la prise en charge de pathologies particulières.

Par ailleurs, qui dit système, dit ensemble composite d'éléments en interaction constante les uns avec les autres et l'analyse séparée de la performance de chacun est quasiment une chimère.

Notre système français qui fait coexister secteur libéral et secteur public, à la fois pour les prestations ambulatoires des professionnels de santé et pour les prises en charge hospitalières et qui offre aux patients une grande liberté quant au point d'entrée, accroît cette difficulté. Par exemple, il peut paraître naturel, pour apprécier la performance des maternités, de mesurer les « résultats » de la grossesse (via des indicateurs d'état de santé de la mère et de l'enfant) et de les comparer aux ressources utilisées dans les maternités. Or, dans ce domaine, les résultats de santé sont liés tout autant à la surveillance de la grossesse, laquelle peut être réalisée en médecine de ville ou à l'hôpital, qu'aux moyens et aux compétences mis en œuvre au moment de l'accouchement. De plus, le phénomène de la « transition épidémiologique », c'est à dire le nombre croissant de pathologies chroniques et le vieillissement de la population multiplient les prises en charge partagées entre l'hôpital et le secteur ambulatoire, ce qui rend l'imputation des résultats à tel ou tel segment très complexe. Malgré tout, l'entreprise est possible. Ainsi, au Canada, on compare les performances du secteur ambulatoire dans les différents

états, à travers le taux d'hospitalisation pour des affections susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire ou l'augmentation du recours aux urgences hospitalières (un taux d'hospitalisation ou un nombre de passages aux urgences plus élevés signent une performance moindre). En France, les programmes menés par le service médical de la CNAMTS autour du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle, constituent une autre modalité pour approcher la performance des médecins de ville. Ainsi, le service médical de l'assurance maladie étudie périodiquement la part des patients diagnostiqués qui reçoivent les prescriptions de médicaments et d'examen conformes aux recommandations, de manière à réduire la fréquence des complications.

De façon symétrique, pour apprécier la performance du secteur hospitalier, on utilise volontiers des pathologies qui relèvent quasiment exclusivement de l'hospitalisation comme l'infarctus du myocarde en phase aiguë, l'accident vasculaire cérébral ou la fracture du col du fémur pour étudier, notamment, le taux de mortalité à 30 jours ou la durée de séjour à l'hôpital. En dehors de ces pathologies assez spécifiques, la plupart des indicateurs utilisés dépendent de l'interaction entre les différents acteurs du système de soins. Cela devrait inciter à une meilleure harmonisation des systèmes de description de l'activité dans le temps, dans l'espace et entre les secteurs et à accroître la communicabilité des systèmes d'information. A ce titre, la construction de la Classification Commune des Actes Médicaux est une avancée structurante qui, même si elle ne considère pas encore l'ensemble des actes hospitaliers, permet d'harmoniser les nomenclatures du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier.

En plus de cette analyse de chaque secteur, s'intéresser à la manière dont chaque acteur d'un réseau (de cancérologie par exemple) assure correctement les soins qui relèvent de sa compétence sans se substituer aux autres (principe de « subsidiarité ») et dont l'ensemble des structures assure effectivement la couverture des besoins de la population d'un territoire, c'est chercher à appréhender l'efficacité des interactions et la performance de l'ensemble. Dans ce cadre, l'augmentation du recours aux urgences hospitalières, phénomène que l'on observe dans tous les pays qui ont progressivement créé puis renforcé ce type de services, peut s'analyser suivant les points de vue comme la conséquence d'une amélioration des conditions d'accueil que les usagers plébiscitent, ou comme la traduction d'un relatif désengagement du secteur ambulatoire.

Encadré n°1 : Les Comptes de la Santé et les Comptes par Pathologie

Les Comptes de la Santé sont un des comptes satellites de la Comptabilité Nationale. Ils s'attachent donc essentiellement à retracer la production et le financement de la fonction santé. Celle-ci se limite au traitement et/ ou la prévention d'une perturbation de l'état de santé. Les activités du secteur médico-social (enfance inadaptée, adultes handicapés...) ne font pas partie de la fonction santé.

Les Comptes de la Santé privilégient deux agrégats :

- La Consommation Médicale Totale représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction des besoins individuels.
- La Dépense Courante de Santé (DCS) mesure l'effort financier consacré au cours d'une année pour l'ensemble des agents. C'est la somme des dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. A la consommation médicale totale, elle ajoute les indemnités journalières, les subventions reçues, la recherche, l'enseignement et la fonction administrative.

Les Comptes par Pathologie

A la demande de la DREES, le CREDES a mis au point et testé une méthode de construction de compte de la santé par pathologie pour les dépenses de soins de l'année 1998. Ce prototype vise à répondre à deux questions : à quelles pathologies les ressources utilisées dans le système de soins français sont elles allouées ? Pour une pathologie donnée, comment se répartissent les dépenses de soins hospitaliers, de soins ambulatoires et de médicaments ? La méthodologie retenue dans ce prototype est une approche descendante : partant des dépenses connues dans les Comptes de la Santé, elle applique des clefs de répartition obtenues à partir des sources médicalisées existantes. La nomenclature utilisée est la 10^{ième} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM10). A chaque pathologie ne sont affectées que les dépenses liées à son propre traitement, sans tenir compte des coûts dus à d'éventuelles complications.

La première version de ce prototype, réalisée pour 1998, permet de répartir 83 % des dépenses par grand chapitre de la CIM. Les maladies de l'appareil cardiovasculaire occasionnent 10,7 % de la dépense totale, précédant ainsi les troubles mentaux (9,4 %), puis six catégories diagnostiques qui s'échelonnent respectivement entre 6,3 % et 5,2 % de la CSBM : les affections de la bouche et des dents, les maladies respiratoires, les affections ostéo-articulaires, les traumatismes, les tumeurs et les maladies génito-urinaires.

Il faut à nouveau ré-insister sur le fait que l'existence d'indicateurs et d'outils ne préjuge pas des objectifs assignés au système de soins en France. Nous ne sommes pas dans la situation du Canada et de l'Australie qui ont développé des modèles conceptuels multidimensionnels complexes. En particulier, s'expriment simultanément des attentes en partie contradictoires comme une couverture exhaustive des besoins de proximité (notion spécifiquement française, comme le montre l'étude du CREDES), des exigences fortes de normes de sécurité et le souci d'optimiser des ressources humaines moins nombreuses, sans parler des contraintes économiques.

Encadré n° 2 : Des travaux sur une des dimensions: la qualité technique des soins

L'amélioration de la qualité technique de soins est susceptible de limiter la croissance des dépenses en réduisant les complications et en optimisant les résultats. Sa mesure fait l'objet d'un projet récent de l'OCDE (HCQI, 2003). Des experts ont recensé des indicateurs permettant de juger de la qualité technique des soins de santé et d'effectuer en principe des comparaisons mais, la plupart du temps, les méthodes d'ajustement ne sont pas définies. Les indicateurs de qualité hautement prioritaires (liste A) proposés sont les suivants :

- Taux de mortalité pour cause d'asthme à 5 ans, personnes âgées de 5 à 40 ans ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer du sein ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer du sein ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer du col de l'utérus ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer du col de l'utérus ;
- Taux de survie observé à 5 ans, cancer colorectal ;
- Taux de survie relatif à 5 ans, cancer colorectal ;
- Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus, femmes âgées de 20 à 69 ans, au cours des 3 années passées ;
- Insuffisance rénale chronique au stade ultime parmi les diabétiques ;
- Taux de mortalité à 30 jours après un infarctus aigu du myocarde ;
- Taux de mortalité à 30 jours après un accident vasculaire cérébral ;
- Proportion de diabétiques ayant un dosage HbA1c < 6,5 % ;
- Temps d'attente à l'hôpital pour une opération en cas de fracture du fémur ;
- Proportion d'enfants vaccinés selon le programme de vaccination de base ;
- Taux d'incidence de la coqueluche, de la rougeole et de l'hépatite B.

Les comparaisons s'effectuent domaine par domaine (prise en charge des cancers, santé mentale, diabète, maladies cardiovasculaires, prévention) à l'aide de listes d'indicateurs, choisis à dire d'experts et sans vision ni systémique (on le sait, la performance n'est pas égale à la somme des performances des sous ensembles), ni globale (la recherche d'excellence sur un axe donné peut se « payer » d'une perte de performance sur un autre). W D'Hoore, spécialiste en santé publique, souligne le danger d'une telle approche : « tant que les objectifs du système de santé resteront indéfinis, tant que les buts de l'évaluation resteront vagues, tant que le public n'aura pas accès aux résultats de l'évaluation, il sera aisé pour des institutions ou des corporations de faire prévaloir leurs normes et de préserver leurs intérêts » (D'Hoore, 1999).

2.3. La mesure des performances des établissements hospitaliers

Adaptant un modèle conceptuel des performances élaboré par des auteurs québécois à partir de la théorie des organisations, des experts français réunis à la demande de la DREES ont retenu trois dimensions (DREES, 2001) :

- L'atteinte des buts (à savoir l'amélioration de la santé des individus et des populations et qualité du service rendu à la collectivité) ;
- L'efficacité économique (ou utilisation optimale des moyens) ;
- La capacité d'adaptation au changement ;

ainsi qu'un « pré requis », sous la forme d'une culture commune et de conditions de travail favorables : « Pour que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sous les contraintes qui sont les siennes, il faut qu'existent en son sein des principes d'action partagés qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein de l'organisation et permettent de remplir ses objectifs ».

La dimension « Efficacité en matière d'amélioration de la santé des individus et des populations » renvoie en particulier à apprécier :

- Les structures de l'hôpital (performances des équipements, qualité et niveau des ressources humaines) ;
- Les procédures de soins, actes ou ensemble d'actes mis en œuvre ;
- Les résultats obtenus en termes cliniques (guérisons, rémissions, récupérations fonctionnelles) ou en termes de perception par les patients (perception de leur état de santé, satisfaction de la prise en charge).

La dimension 'Qualité en matière de service rendu' renvoie, elle, à différents critères :

- L'accessibilité : physique (distance, horaires d'ouverture, délais d'attente, permanences), financière, culturelle ;
- La continuité de soins ;
- La globalité : répondre globalement aux besoins des malades qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux et intégrer les dimensions curative, préventive, soins de réhabilitation, soins palliatifs ;
- La coopération avec les différents secteurs.

Afin de comparer les établissements simultanément selon toutes ces dimensions, le groupe de travail a proposé à la fois des indicateurs tirés des bases de données actuelles et des adaptations de méthodes qualitatives inspirées d'autres secteurs (pour la capacité d'innovation ou les conditions de travail perçues). Des travaux sont en cours pour tester la validité et les qualités métrologiques de ces outils à détecter des variations des performances.

Tableau 2.3. : Quelques exemples d'indicateurs pouvant contribuer à la mesure de la performance des établissements hospitaliers

Dimensions de la performance	Indicateurs retenus
<i>Qualité des soins aux patients</i>	
Indicateurs de structures	Délais d'attente Densité de la couverture infirmière de nuit Formation du personnel
Indicateurs de procédure	Taux de césarienne par niveau de maternité Prescription contrôlée des antibiotiques
Indicateurs de résultats	Proportion de patients ayant acquis une bactérie multirésistante au cours du séjour Mortalité à date fixe après une intervention donnée
<i>Qualité du service rendu à la collectivité</i>	
Accessibilité	Horaires de fonctionnement Effectifs et ETP des assistants de service social
<i>Bonne utilisation des moyens</i>	Nombre de patients traités (file active) Valeur du point ISA Proportion de séjours en hospitalisation < 24h
<i>Capacité d'adaptation au changement</i>	Taux de renouvellement du personnel Existence d'une gestion prévisionnelle des emplois, des carrières et des compétences
<i>Organisation et conditions de travail favorables</i>	Conditions de travail perçues

Tableau issu du Dossier Solidarité Santé n°2 DREES –2001-p. 79-81

La principale difficulté méthodologique en ce qui concerne la qualité technique des soins est de mettre au point des mesures satisfaisantes de résultats des soins prodigués aux malades à distance de la sortie d'hôpital et de trouver les méthodes d'ajustement tenant compte des différences de l'état clinique des patients traités (une appendicite chez un patient âgé ou diabétique n'a pas les mêmes conséquences que chez un adulte sans antécédents médicaux particuliers ; or les études montrent qu'à pathologie égale, les établissements de santé n'ont pas tous la même proportion de patients à risque).

Un autre point délicat concerne la place et la signification respective des indicateurs globaux (« patineurs » selon la terminologie anglo-saxonne) appréhendant l'hôpital dans son ensemble, comme la valeur du point ISA ou le ratio entrées / ETP médical, et aux indicateurs spécifiques (« plongeurs ») qui ne parlent que d'un segment d'activité (durée moyenne de séjour en chirurgie ou taux de césariennes par exemple).

Enfin, si le bon sens est suffisant pour imaginer qu'un hôpital ne peut, simultanément, satisfaire toutes les attentes qui s'expriment et que sa performance pourra être jugée très différemment selon ses partenaires, les travaux objectivant la nature exacte des liens entre les dimensions décrites (par exemple entre la productivité et l'accessibilité) ainsi que leur ampleur sont pour le moment inexistantes, faute d'outils disponibles pour mesurer la capacité d'innovation et les conditions de travail, mais aussi du fait de la difficulté de mesurer simultanément les résultats obtenus sur les différents axes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Commissariat Général du Plan (1993), "Santé 2010 : Santé, maladies et technologies", Paris : La Documentation Française.

CREDES (2003), Des Comptes de la Santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998, Série Analyses n°1480

D'Hoore W. (1999), Enjeux de l'évaluation de la qualité des soins, Perspectives soignantes n°6, 6-28, Edi Seli Arslan.

Donadecian A. (1980), The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, 163 p.

DREES (1999), Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions d'une comparaison, Études et Résultats, n°42

DREES (2001), Éléments pour évaluer la performance des établissements hospitaliers, Dossiers Solidarité Santé, n°2, avril-juin

DREES (2003), Indicateurs de santé au niveau européen, Journée d'échange et de réflexion du 22 janvier 2003, Série Études, Document de travail n°31

DREES (2003b), Quarante années de dépenses de santé : une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001, DREES : Études et Résultats n°243

DREES (2003c), Les Comptes de la Santé en 2002, DREES : Études et Résultats n°246

Haut Comité de Santé Publique (1997), Rapport à la conférence nationale de santé : « Allocation régionale des ressources et réduction des inégalités de santé », pp 127-191.

Haut Comité de Santé Publique (2003), Information en Santé : développements européens, Dossier coordonné par G.Badéyan, Actualités et Dossiers en Santé Publique, n°42

OCDE (2003), The OECD Health Care Quality Indicators Project

OMS (2000), Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant, Genève