

Evaluation de la performance interne des services de santé

Alain Boutat¹, Yves Egli², Pierre Frutiger³

¹ Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois, Prilly

² Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

³ Hôpital de zone, Morges

L'évaluation de la performance connaît désormais un vif intérêt dans divers domaines d'activité. Le domaine sanitaire, toutefois, est l'un des secteurs où les difficultés de mise en oeuvre sont les plus grandes.

Pourtant, à la frustration des payeurs qui, dans un contexte de pénurie accrue des ressources, cherchent désespérément à contenir des dépenses sans cesse croissantes, s'ajoutent les inquiétudes grandissantes des professionnels de santé face à l'impuissance à analyser de façon satisfaisante leur activité¹.

Une manière, parmi d'autres, d'aborder de tels enjeux consiste à introduire la *rationalité de la performance mesurable* dans le domaine sanitaire². La présente contribution s'inscrit dans cette perspective et vise un double objectif: *la mesure de la performance et la performance de la mesure*.

Dans un premier temps, diverses approches sont présentées, non sans rappeler les obstacles liés à la mesure de la performance. Dans un deuxième temps, un cadre conceptuel et une méthodologie d'évaluation sont proposés, complétés par un exemple d'application.

La mesure de la performance

Une préoccupation essentielle de planification et de gestion sanitaires est de satisfaire les «besoins» de la clientèle, et d'harmoniser l'«offre» et la «demande» de soins³. Si l'organisation du système de santé est décentralisée entre les échelons national, régional et institutionnel, il faudra à chacun de ces échelons un dispositif spécifique d'aide à la décision⁴.

Au niveau institutionnel, l'évaluation de la performance interne reviendra à déterminer dans quelle mesure est remplie la mission assignée aux unités d'un service sanitaire. Cette évaluation se réfère nécessairement à la faculté des unités concernées d'obtenir des résultats mesurables dans le cadre d'un modèle informationnel préalablement défini.

Les obstacles à la mesure de la performance

Sans tomber dans la caricature, le fonctionnement des institutions de santé repose souvent sur des

données imprécises plutôt que sur des observations factuelles clairement partagées.

Hormis le manque de systèmes d'information intégrés⁵ et l'existence de rapports de pouvoir stratifiés², il y a différentes explications à ce phénomène:

- le produit sanitaire est complexe, car il implique successivement plusieurs acteurs concernés par un fragment du processus de prise en charge et ignorant parfois les interventions menées en amont ou en aval;
- ce produit est perçu comme immatériel, contrairement à un produit visible et palpable (forme, couleur, diamètre, longueur...);
- l'absence d'une culture organisationnelle reconnaissant la quantification comme un moyen d'atteindre l'objectivité.

A ces contraintes faut-il ajouter l'obstacle terminologique, tant on s'aperçoit, en passant d'une étude à une autre, que l'évaluation de la performance a rarement signifié la même chose pour tous. Il convient pourtant, eu égard à l'aspect pluridisciplinaire des services de santé, de favoriser l'émergence d'un langage commun et de faciliter la négociation entre les corps professionnels en présence⁶.

L'analyse économique de la performance

L'analyse économique retient habituellement deux approches⁴:

- la mise en relation des processus, en l'occurrence des prestations sanitaires, et des ressources mobilisées, pour évaluer la productivité (*productivity*);
- la mise en relation, d'une part, des effets obtenus, et, d'autre part, des ressources investies ou des prestations fournies, pour mesurer l'«efficacité» (*efficiency*).

Si la première approche ne pose pas de problèmes conceptuels notables, elle réduit toutefois l'appréciation des processus sanitaires à la seule productivité, en faisant bon marché des données sur la clientèle.

Quant à la deuxième approche, elle recouvre trois méthodes d'évaluation au moins:

- l'analyse coût-efficacité (*cost-effectiveness*) lorsque les données sur les effets sont mises en

rapport avec les données sur les ressources, les effets étant exprimés en termes d'indicateurs sanitaires⁷;

- l'analyse coût-avantage (*cost-benefit*) lorsque les données sur les effets, mises en rapport avec les données sur les ressources, sont exprimées en valeurs monétaires⁸;
- l'analyse coût-utilité (*cost-utility*) lorsque les données sur les effets incluent notamment la valeur intangible accordée à la santé et à la qualité de vie⁹.

Nonobstant le fait qu'il s'agit généralement d'évaluations plutôt ponctuelles que routinières, le calcul des coûts n'est pas très compliqué dans la mesure où il concerne essentiellement les ressources consommées¹⁰. En revanche, les effets sanitaires sont particulièrement malaisés à appréhender: comment, par exemple, quantifier, sans jugement de valeur, l'impact des prestations médicales sur la production économique des patients précédemment soignés (avantages indirects), ou encore, la réduction précise du recours aux services de santé par les bénéficiaires des prestations en cause (avantages directs)¹¹?

Du reste, il semble de plus en plus admis que des facteurs difficilement maîtrisables peuvent avoir pour conséquences un recours accru aux actes médicaux lorsque la santé s'améliore¹², ou un moindre recours lorsque la morbidité progresse¹³.

Le contenu sémantique des indicateurs

Une autre pierre d'achoppement subsiste au niveau du contenu sémantique des indicateurs utilisés. Dans la littérature courante⁴, l'«efficacité» (*effectiveness*) se réfère au degré d'atteinte des objectifs, quels que soient les termes dans lesquels ces objectifs sont formulés, et l'«efficience» (*efficiency*) exprime le rapport entre les prestations fournies (*outputs* de production) et les ressources engagées (*inputs* de production).

Dans le premier cas, les indicateurs de performance ne seraient plus que des indicateurs d'«efficacité» puisqu'ils sont tous susceptibles d'être associés à des objectifs; dans le deuxième cas, l'«efficience» est assimilée à la productivité, sans que l'on comprenne dans quel sens ces notions se prêterait encore à une interprétation différenciée.

En réalité, le terme «efficience» est un anglicisme abusif, introduit dans la littérature économique française après la Deuxième Guerre mondiale¹⁴, qui sert à désigner la *capacité de rendement* des facteurs de production, soit le synonyme de productivité. Conscients de la confusion entretenue autour de la notion d'«efficacité», Battista et Tremblay proposent, en suivant Sackett¹⁵, de recourir aux concepts d'«efficacité potentielle» et d'«efficacité réelle»: l'«efficacité potentielle» s'intéresse aux effets obtenus dans des conditions optimales et renvoie à

l'évaluation de l'utilité (*efficacy*), tandis que l'«efficacité réelle» s'intéresse aux effets obtenus dans des «situations concrètes» où des contraintes existent (*effectiveness*)¹⁶.

Comme il est plus intéressant de traiter des «situations concrètes» lorsque les décisions à prendre sont de nature opérationnelle, on sera plutôt amené à déterminer l'«efficacité réelle». Quant à l'utilité, cette notion désigne, dans la théorie économique et la science des organisations, la propriété qu'a un bien ou une prestation de procurer une *satisfaction*. La valeur d'usage, estimation subjective de la satisfaction, représente alors la totalité de l'utilité (*utility*) retirée par un individu. Aussi l'utilité, au lieu de se résumer à une «efficacité potentielle», peut-elle être évaluée en rendant compte du «bien-être ressenti par le patient et [...] de sa perception subjective»¹⁷.

La recherche de la performance mesurable

En dépit des obstacles évoqués, on ne saurait longtemps écarter la rationalité de la performance mesurable du domaine sanitaire, quitte à admettre l'impossibilité d'en saisir toute la richesse¹⁸.

Cette approche repose ici sur quatre préceptes simples, mais fondamentaux:

- La relation clientèle-activité-ressources: à partir des moyens existants (ressources), chaque unité d'un service sanitaire fournit des prestations (activité) à une clientèle; cette dernière pouvant être externe (patients), mais aussi interne (unités cliniques recevant des prestations de soutien).
- La nécessité de la mesure: si chaque unité d'un service sanitaire fournit des prestations, «être performant» consiste à répondre de manière appropriée aux «besoins» de la clientèle grâce aux ressources disponibles; il convient, dès lors, de connaître ces «besoins» et d'évaluer les effets obtenus.
- L'implication de chacun: il est indispensable d'associer les professionnels sanitaires à la réflexion, à la mesure et aux actions d'amélioration.
- L'anticipation: il s'agit de détecter et de réduire la contre-performance le plus en amont possible par la mise en place de procédures correctives, plutôt que d'attendre injonctions et réclamations.

Cette recherche de la performance requiert, en définitive, les étapes suivantes:

1. Identification des «besoins» de la clientèle, des réponses à ces «besoins» et des ressources disponibles pour fournir les prestations requises.
2. Identification des effets obtenus à l'issue des processus sanitaires considérés.
3. Dialogue avec les parties concernées pour la définition de leurs objectifs spécifiques et de la démarche d'évaluation qui sera appliquée.

4. Suivi des indicateurs retenus et élaboration progressive des actions correctives.

Les deux premières étapes sont plutôt informatives, tandis que les deux dernières servent d'instrument de pilotage et sont prioritairement tournées vers l'action. La mesure y apparaît davantage comme un outil de communication régulant les rapports entre les différents protagonistes et la fiabilité des décisions à prendre.

La performance de la mesure

Pour construire les indicateurs de performance, encore faut-il avoir une connaissance suffisante des facteurs à mesurer. L'existence de phénomènes sanitaires incontrôlables et de variables non quantifiables avec une précision égale, ne dispense pas d'analyser ceux qui sont d'une importance déterminante pour l'établissement des plans d'action^{2,19}.

Les variables de base

Les variables à retenir, en raison de leur exploitation à des fins de gestion sanitaire, sont également nécessaires pour la construction des indicateurs de performance interne, attendu que «tout indicateur suppose [...] la mise en relation logique de plusieurs données»²⁰.

La démarche préconisée s'appuie sur les quatre entités suivantes (figure 1), aux quelles peuvent être rattachés divers attributs:

- Clientèle: diagnostics des patients, niveaux de dépendance des pensionnaires, prédicteurs de soins médico-sociaux, temps de soins infirmiers requis par les usagers, etc.
- Activité: nombre et type d'examen médico-techniques, journées d'hospitalisation, type et durée d'interventions chirurgicales, temps de soins infirmiers fourni, etc.
- Ressources: nombre et type de professionnels engagés, temps de soins infirmiers disponible, nombre de lits d'hébergement, salles opératoires, liquidités monétaires, etc.
- Effets: pathologies réputées soignées, prévalence et degré de l'incapacité fonctionnelle des usagers médico-sociaux, décès et variation du niveau d'autonomie des pensionnaires, etc.

Les données récoltées sur la clientèle sont incontournables, car il est nécessaire de satisfaire les «besoins» identifiés. L'habitude a été prise de déterminer ces «besoins» en se fondant sur la «demande» dérivée²¹, qui, à son tour, exprime la quantité de prestations, mesurée éventuellement en unités de temps, que les patients sont censés recevoir, étant donné leurs problèmes de santé (exemple: temps de soins infirmiers directs requis par client). Mais il faut alors convenir que la

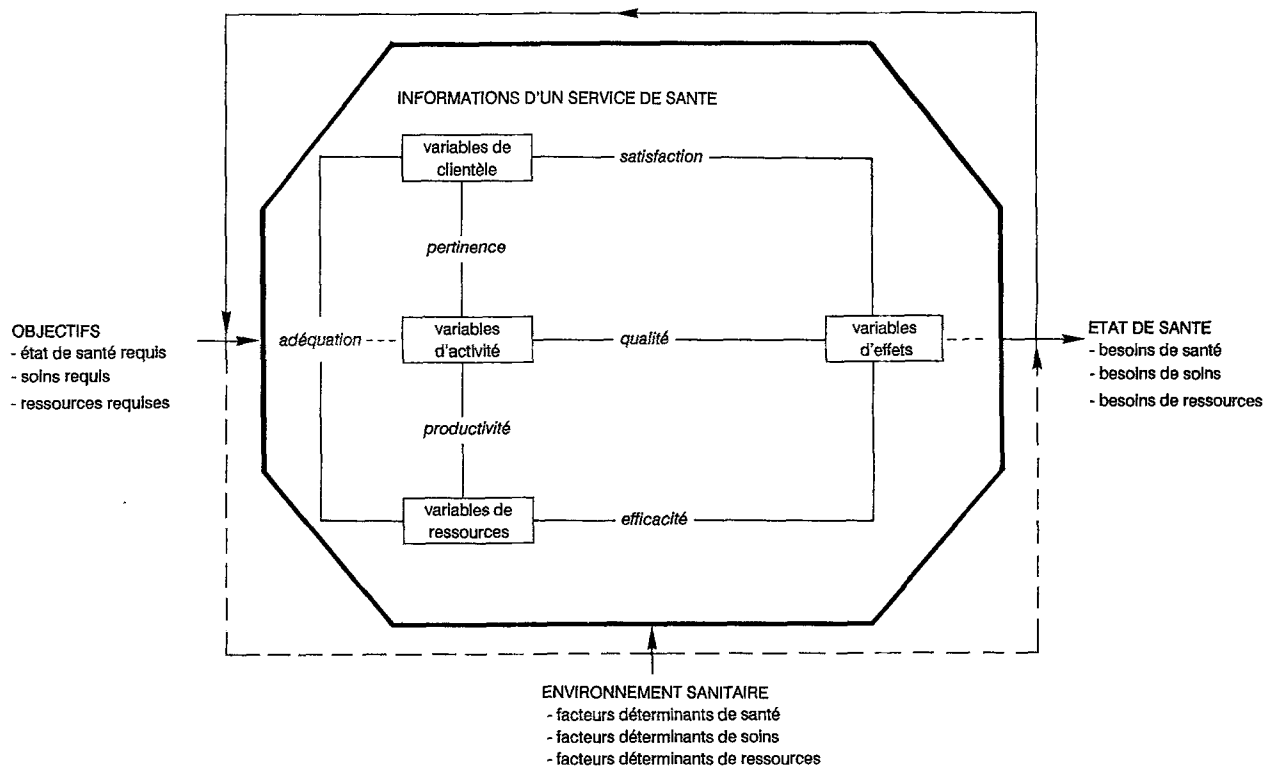


Fig. 1. Mise en relation des variables de performance interne.

Tab. 1. Exemples d'indicateurs permettant d'évaluer la performance interne des services de santé.

Pertinence	Adéquation	Productivité	Efficacité	Qualité	Satisfaction
Temps de soins infirmiers fourni/ Temps de soins infirmiers requis	Temps de soins infirmiers requis/ Temps de soins infirmiers disponible	Temps de soins infirmiers fourni/ Temps de soins infirmiers disponible	Ressources globalement engagées par types de pathologies réputées soignées	Taux de récurrence postopératoire des hernies inguinales réputées soignées	Niveaux de satisfaction exprimés par groupes de patients pris en charge
Taux d'admissions par catégories diagnostiques principales ou par spécialités médicales	Nombre de patients par niveaux de dépendance/ Nombre d'infirmières disponible	Nombre de points des prestations de laboratoire produites par laboratoire	Temps d'interventions professionnelles disponible par niveaux d'autonomie acquise	Taux de concordance des examens de labo. avec les résultats d'un laboratoire de référence	Taux de satisfaction des familles par rapport aux effets des traitements thérapeutiques
Durées de séjour par groupes de patients hospitalisés ou par spécialités médicales	Ressources financières budgétisées par catégories diagnostiques	Nombre de journées d'hospitalisation par effectifs de personnel médical employés	Nombre de morphomanes désintoxiqués par unités monétaires investies	Variation de l'incapacité fonctionnelle par types de programmes de soins	Taux de satisfaction des services cliniques par rapport aux résultats des services de soutien

Note: l'appréciation de la performance s'effectue en comparant les indicateurs calculés aux critères d'évaluation (objectifs poursuivis, standards de référence, etc.).

«demande» ainsi comprise, correspond rarement aux véritables besoins²².

Comme les données sur la clientèle ne sauraient procurer une base suffisante d'évaluation pour la prise de décision, les variables d'activité, de ressources et d'effets sanitaires doivent également être considérées.

Les données sur l'activité concernent généralement les actes produits et les prestations effectuées (exemple: temps de soins infirmiers fourni à la clientèle). Les ressources, quant à elles, peuvent s'exprimer en termes de capacités de production en personnel (exemple: temps de soins infirmiers disponible), en équipements (exemple: lits d'hébergement) et en actifs circulants (exemple: liquidités monétaires). Les effets méritent toutefois une attention particulière, car ce sont les plus difficiles à quantifier^{4,23}. En tant que conséquences des processus sanitaires (exemple: amélioration, statu quo ou dégradation de l'état de santé des patients), ils supposent l'existence d'un compromis entre les parties prenantes, suivant qu'ils sont mis en rapport avec la clientèle (satisfaction), l'activité (qualité) ou les ressources (efficacité).

Les indicateurs de performance interne

Lorsque les conditions propices à la quantification sont réunies, la combinaison des différentes variables de base précitées permet d'obtenir les indicateurs de performance interne suivants (tableau 1):

- Pertinence: relation entre une variable d'activité et une variable de clientèle. Cet indicateur exprime la «justesse» des prestations par rapport à la «demande» ou aux «besoins» à satisfaire (*appropriateness*)²⁴.
- Adéquation: relation entre une variable de clientèle et une variable de ressources. Il

s'agit d'évaluer un rapport de convenance: l'adéquation des ressources aux problèmes de santé à résoudre (*adequacy*)¹⁸.

- Productivité: relation entre une variable de ressources et une variable d'activité. Cette relation sert notamment à décrire les efforts déployés par l'institution dans les limites de sa dotation budgétaire et la façon dont les moyens sont utilisés pour fournir des prestations (*productivity*)².
- Efficacité: relation entre une variable de ressources et une variable d'effets. L'évaluation revient à s'intéresser aux ressources engagées pour obtenir un effet donné (*effectiveness*), qui peut alors être exprimé en valeurs monétaires ou en termes de mortalité, morbidité, handicap...¹⁶.
- Qualité: relation entre une variable d'activité et une variable d'effets. On retrouve ici la «manière d'être» d'une prestation sur la base de ses conséquences (*quality*)²⁵, indépendamment des critères de jugement, positifs ou négatifs (bonne ou mauvaise qualité), qu'il faudra néanmoins définir en fonction de chaque contexte ou situation (facteurs environnementaux déterminants, objectifs poursuivis, standards de référence, etc.).
- Satisfaction: relation entre une variable de clientèle et une variable d'effets. Cette relation permet de traduire la perception qu'a le bénéficiaire^{17,26}, ou une autre personne informée (famille, proche...), de l'issue d'une intervention sanitaire (*utility*).

Les trois premiers indicateurs (pertinence, adéquation, productivité) concernent directement les processus sanitaires, et se justifient par le fait que les ressources et les prestations fournies doivent être adaptées aux circonstances; tandis que les trois autres indicateurs s'intéressent aux conséquences induites par les processus sanitaires, conséquences

mesurables par rapport aux ressources (efficacité), aux interventions effectuées (qualité) et à la clientèle (satisfaction).

La rationalité de la performance sanitaire mesurable

L'intérêt d'une rationalité tournée vers la performance sanitaire mesurable est de motiver les professionnels sanitaires, en mobilisant les énergies disponibles pour la réalisation des objectifs visés.

Les conditions de l'évaluation

La mesure utilisée peut être un nombre (exemple: nombre de clients mécontents), un délai (exemple: retard sans raison clinique du retour à domicile d'un patient hospitalisé) ou un montant (exemple: surcoût d'une opération chirurgicale).

Comme les variables de clientèle, d'activité, de ressources et d'effets, les indicateurs de performance peuvent être appréciés dans le temps pour appréhender leur variation en volume (exemple: évolution des durées moyennes de séjour par groupes de patients hospitalisés) ou en pourcentage (exemple: accroissement dans le temps de la productivité).

De même, il est possible de comparer les résultats obtenus à des objectifs spécifiques (exemples: niveau de satisfaction observé/niveau de satisfaction souhaité, temps de soins infirmiers fourni/temps de soins infirmiers prévu, nombre de lits occupés par an/nombre de lits budgétisés par an).

Sachant que l'évaluation de la performance peut susciter des interprétations contradictoires²⁷, la meilleure façon de l'envisager réside sans doute dans la confrontation des indicateurs calculés avec des cibles prédéterminées. Il en découle une double nécessité: celle de négocier préalablement les objectifs ou de s'accorder sur les standards de référence, et celle de récompenser les acteurs au regard des objectifs atteints.

En effet, il n'y a pas dans l'absolu de performance ou de contre-performance. Ce qui importe finalement, en l'absence d'une mesure parfaite, c'est la possibilité pour les parties prenantes de se donner des règles communes de jeu. Cette remarque vaut pour tous les indicateurs, car ce n'est qu'au moment où interviendra l'appréciation que l'on peut dire, sur la base des critères d'évaluation antérieurement adoptés par les intéressés, si une équipe sanitaire est plus ou moins efficace, si l'activité déployée est de bonne ou mauvaise qualité, ou encore, si la clientèle est très ou peu satisfaite.

La performance mesurable repose enfin sur la facilité de quantification²⁸. A ce titre, il faut renoncer à la recherche d'une extrême précision, qui risque d'être coûteuse pour un gain marginal²⁹.

Application sur les durées de séjour hospitalier

Pour illustrer la démarche d'évaluation proposée, l'analyse des durées de séjour est de nature à servir, sous conditions, d'exemple de mesure de la pertinence des journées d'hospitalisation.

Sur la base des informations relatives aux durées moyennes de séjour des groupes de patients hospitalisés, il est possible de calculer deux types d'écarts au moins:

- écart de clientèle: $\sum D_i^{s*} (P_i^o - P_i^s)$, $i = 1, n$;
- écart d'activité: $\sum P_i^o * (D_i^o - D_i^s)$, $i = 1, n$;

avec:

D_i^o = durée moyenne de séjour observée d'un groupe de patients i ;

P_i^o = proportion de séjours observée d'un groupe de patients i ;

D_i^s = durée moyenne standard de séjour d'un groupe de patients i ;

P_i^s = proportion de séjours standard d'un groupe de patients i .

L'écart de clientèle mesure l'effet de la structure des patients hospitalisés sur la durée moyenne de séjour²⁴. Il n'est donc pas imputable à l'institution de prise en charge. En revanche, l'écart d'activité pourrait s'expliquer par la pratique hospitalière dans la mesure où il exprime la différence des durées moyennes de séjour, pondérée par la proportion de séjours de chaque groupe de patients hospitalisés. La traduction en valeurs monétaires de ces écarts nécessite le recours à un coût moyen de la journée d'hospitalisation, qui serait, pour l'écart de clientèle, un coût standard C_i^s et, pour l'écart d'activité, un coût observé C_i^o :

- écart de clientèle en valeurs monétaires: $\sum D_i^{s*} (P_i^o - P_i^s) * C_i^s$, $i = 1, n$;
- écart d'activité en valeurs monétaires: $\sum P_i^o * (D_i^o - D_i^s) * C_i^o$, $i = 1, n$.

L'écart de coût s'obtient, dans ce cas, en pondérant chaque fois la différence des coûts journaliers C_i^o et C_i^s par le produit de la durée moyenne de séjour standard (D_i^s) et de la structure observée de la clientèle (P_i^o):

- écart de coût: $\sum P_i^o * D_i^{s*} (C_i^o - C_i^s)$, $i = 1, n$.

La mise en relation des durées de séjour (variable d'activité) et des groupes de patients hospitalisés (variable de clientèle) serait également intéressante pour mesurer l'impact en jours de certaines affections caractéristiques. Cet impact est d'autant plus grand que l'écart des durées moyennes de séjour est important et que le nombre de séjours y afférents (N_i) est élevé:

- impact en jours = $\sum (D_i^o - D_i^s) * N_i$, $i = 1, n$.

Par exemple, dans le tableau 2, les seules prothèses totales de hanche et de genou enregistrent 68 % de l'impact lié à l'ensemble des affections orthopédi-

Tab. 2. Durées de séjour par groupes de patients hospitalisés (GPH).

GPH	Intitulé des GPH	Nbre de séjours	Durée de séjour observée	Durée de séjour standard	Différence des durées de séjour	Impact en jours
51	Prothèse totale de hanche et genou	92	33.90	25.03	8.87	816
52	Op. hanche et fémur sauf articulation, âge > 69 &/ou CC	5	31.60	31.38	0.22	1
53	Op. hanche et fémur sauf articulation, âge 18–69 sans CC ou âge < 18	10	39.70	25.27	14.43	144
54	Op. jambe & bras, âge < 70 &/ou CC	36	17.11	15.64	1.47	53
55	Op. genoux	30	9.70	9.16	0.54	16
56	Op. membre sup. sauf humérus & main	15	10.13	9.44	0.69	10
57	Op. pied	51	9.92	9.34	0.58	30
58	Op. tissu conj.	26	6.35	7.55	-1.2	-31
59	Op. main	21	4.52	6.92	-2.4	-50
60	Excision locale & amo.	52	6.33	6.50	-0.17	-9
61	Arthroscopie	32	3.41	4.75	-1.34	-43
62	Autres op. syst. musculo-squel.	30	14.40	17.67	-3.27	-98
63	Fracture hanche, bassin & fémur	23	34.22	27.17	7.05	162
65	Fracture entorse, sub-lux. & lux. avant-bras, main, pied	15	6.13	5.42	0.71	11
66	Fracture, entorse, sub-lux. & lux. bras, jambe sauf pied, âge > 69 &/ou CC	14	27.21	15.92	11.29	158
67	Fracture, entorse, sub-lux. & lux. bras, jambe sauf pied, âge < 70 sans CC	19	8.89	7.39	1.5	29
Total		471				1198

ques. L'examen détaillé des données médicales de ce groupe de patients hospitalisés (GPH 51) révèle une prédominance des arthroplasties de hanche.

Si l'institution hospitalière souhaite, par ailleurs, identifier les centres de responsabilité clinique ayant des durées de séjour relativement élevées, l'évaluation s'effectuera, de préférence, par spécialités médicales (tableau 3).

De telles analyses permettent de montrer les disparités significatives entre les durées moyennes de séjour et de sensibiliser les professionnels sur la pertinence des journées d'hospitalisation.

Il faut cependant admettre que les disparités entre les durées de séjour ne résultent pas forcément de la pratique hospitalière; elles peuvent également être dues à l'insuffisance des structures intermédiaires de prise en charge dans le réseau sanitaire environnant ou à des phénomènes aléatoires difficilement saisissables.

Il s'ensuit qu'une durée de séjour élevée n'est pas *en soi* un critère de contre-performance, car elle doit également être appréciée en analysant les facteurs causaux et en intégrant des préoccupations additionnelles, notamment celle de la qualité des soins³⁰. De même, il serait abusif de considérer hâtivement l'impact d'un écart d'activité en valeurs monétaires comme une expression des «dépenses évitables», dans la mesure où une «réduction forcée» de la durée de séjour peut entraîner une hausse sensible des coûts directs journaliers²⁴.

Suivant les objectifs poursuivis, d'autres indicateurs de pertinence liés à l'hospitalisation sont de nature à compléter l'analyse des durées de séjour^{31–34}: taux d'admissions pertinentes, nombre de journées appropriées, motifs des délais, etc.

Conclusion

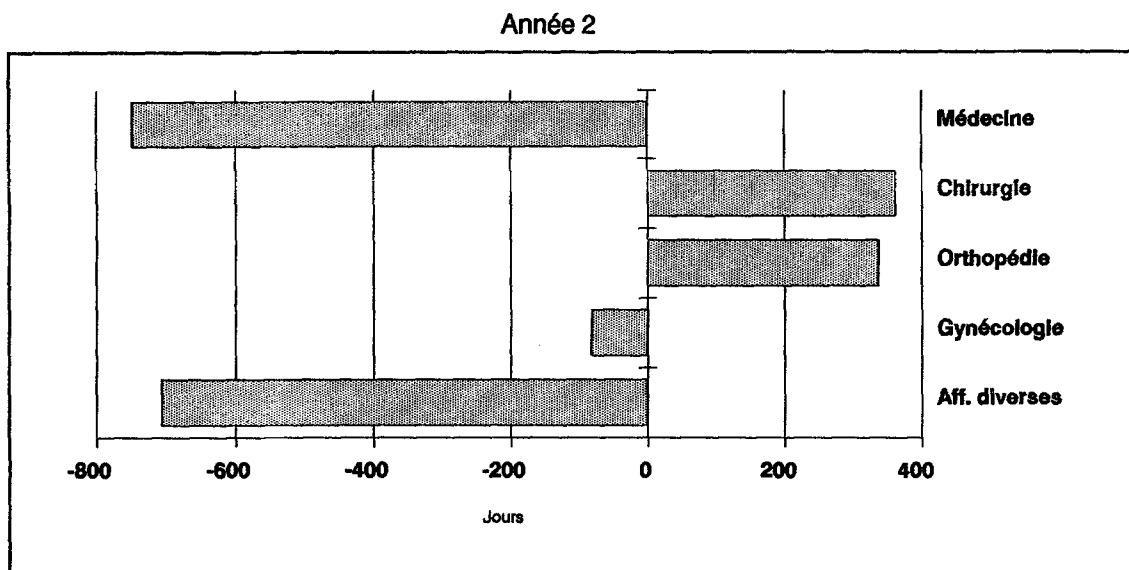
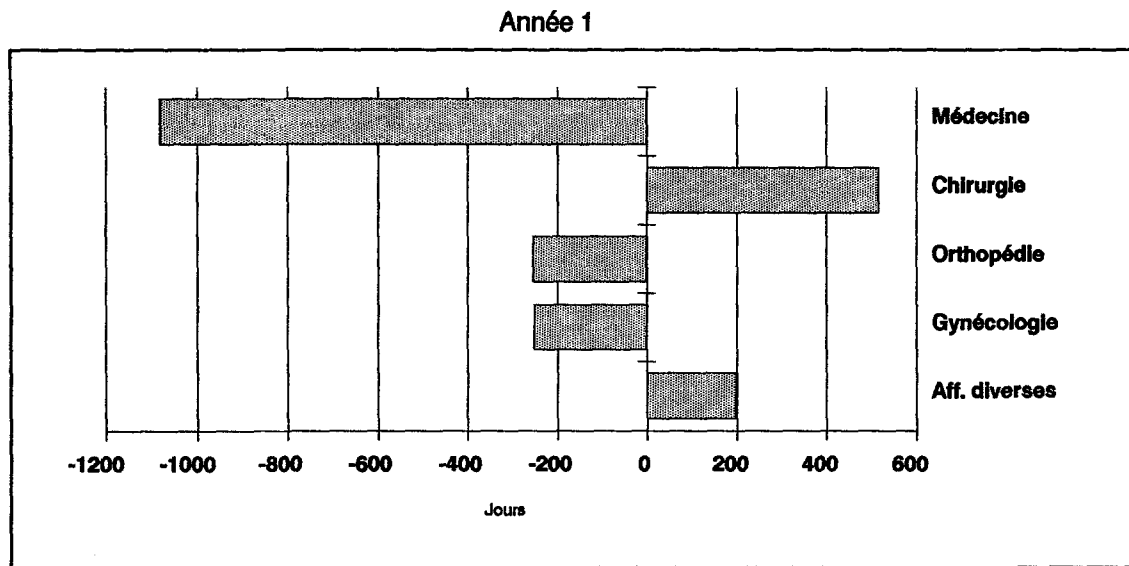
A l'instar des écarts de durées de séjour, les indicateurs de performance n'ont de sens véritable que s'ils permettent aux intéressés d'interpréter leurs résultats³⁵, d'approfondir la réflexion sur les modalités de prise en charge et de susciter une amélioration des méthodes d'évaluation appliquées.

La mise sur pied de systèmes d'information d'envergure étant particulièrement complexe et onéreuse, il faut sans doute se contenter d'indicateurs de performance conceptuellement valables, mais numériquement réduits. Car, lorsque les ressources sont limitées, force est de s'appuyer sur des données simples et d'améliorer progressivement le dispositif d'évaluation.

Si la typologie des variables de performance et la méthodologie de construction des indicateurs présentées n'ont pas la prétention d'être les seules concevables, elles constituent toutefois une étape nécessaire à l'élaboration d'outils d'aide à la décision au sein des services de santé. En effet, l'évaluation de la performance n'est pas seulement une revue formelle de la pratique sanitaire, elle doit également s'inscrire dans un processus rétroactif sur lequel sera fondée l'action des professionnels directement concernés.

Encore faut-il être conscient des limites de toute évaluation de la performance. Si celle-ci est de nature à favoriser l'adoption d'une organisation par centres de responsabilité et l'instauration d'une gestion par objectifs, les indicateurs calculés ne valent que ce que valent les données utilisées, qui peuvent, au demeurant, être sujettes à des manipulations diverses. Qui plus est, les rigidités et les

Tab. 3. Durées de séjour hospitalier par spécialités médicales.



Année 1

	Médecine	Chirurgie	Orthopédie	Gynécologie	Divers
Nombre de séjours	411	631	491	663	829
Ecart d'activité	-2.63	0.82	-0.52	-0.38	0.24
Impact en jours	-1081	517	-255	-252	199

Année 2

	Médecine	Chirurgie	Orthopédie	Gynécologie	Divers
Nombre de séjours	524	635	564	686	1069
Ecart d'activité	-1.43	0.57	0.60	-0.12	-0.66
Impact en jours	-749	362	338	-82	-706

aspects non contrôlables sont extrêmement difficiles à distinguer, en particulier lorsqu'il s'agit de mesurer les effets sanitaires. A cela s'ajoute le coût non négligeable de la mise en oeuvre du système d'évaluation.

Résumé

Dans un contexte de pénurie accrue des ressources, la nécessité de satisfaire au mieux les besoins sanitaires conduit progressivement à une nouvelle conception de la gestion des services de santé et à l'orientation des systèmes d'information vers l'évaluation de la performance.

Cet article tente de mettre à la disposition des professionnels de santé un cadre conceptuel d'évaluation qu'ils pourraient adapter en fonction de leurs préoccupations spécifiques.

Les auteurs y présentent les difficultés liées à la mesure de la performance, les données de base requises et la méthodologie de construction des indicateurs, complétées par un exemple d'application destiné à illustrer la démarche préconisée.

Summary

Performance evaluation of internal health services

In the present context of scarce resources, satisfying at best essential needs in the area of health care leads gradually towards a new conception of the management of health services and towards the development of information tools designed to evaluate performance.

This paper presents a general framework for that purpose; it can be adapted to more specific and contextual problems.

The authors review the difficulties involved in the measure of performance, the basic data required by the methods as well as some indicators that can be derived from their application, all exemplified in a case study.

Zusammenfassung

Auswertung der internen Leistungsfähigkeit von Dienststellen im Gesundheitswesen

Im Zusammenhang mit immer mehr beschränkten Mitteln und im gleichzeitigen Bestreben, den Bedarf an Gesundheitsdiensten möglichst gut zu decken, wird die Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen fortschreitend neu verstanden und werden neue Richtlinien der Datenverarbeitung zur Auswertung der Leistungsfähigkeit entwickelt.

Der vorliegende Artikel versucht, den im Gesundheitswesen Berufstätigen ein Rahmenkonzept für diese Auswertung der Leistungsfähigkeit zu vermit-

eln. Dieses Konzept sollte aber dann jeweils an die spezifischen Fragestellungen angepasst werden können.

Die Autoren zeigen die Schwierigkeiten bezüglich der Messung der Leistungsfähigkeit. Die nötigen Basisdaten sowie die Methode zur Ermittlung der Indikatoren wird erläutert und schliesslich mit einem Anwendungsbeispiel veranschaulicht.

Références

- 1 Kocher G. Perspectives d'avenir de notre système de santé publique: réformes ou pure rhétorique? *Vie économique* 1990; 3:10–15.
- 2 Kleiber C. Questions de soins. Lausanne: Payot, 1991.
- 3 Boutat A, Depelteau D, Egli Y, Tinturier G. Analyse markovienne du mouvement des pensionnaires gériatriques. *Cah Socio Démo Méd* 1990; 30:487–508.
- 4 Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions de l'ARC inc., 1986.
- 5 Boutat A, Egli Y. Vers un système d'information sanitaire intégré. *Hôpital Suisse* 1990; 12(Déc):13–15.
- 6 Gremion V, Boutat A, Egli Y. Hôpitaux: vers de nouveaux outils de gestion. *L'Expert-comptable suisse* 1990; 12:614–619.
- 7 Weinstein MC, Stason WB. Foundations of Cost-effectiveness Analysis for Health and Medical Practices. *New Engl J Med* 1977; 296:716–721.
- 8 Thomson MS. Benefit-Cost Analysis for Program Evaluation. Beverly Hills: Sage Publ., 1980.
- 9 Drummond MF. Principles of economic appraisal in health care. New York: Oxford University Press, 1980.
- 10 Thomson MS. The cost effectiveness of Auranofin: results of a randomized clinical trial. *Journal of Rheumatology* 1988; 15:35–42.
- 11 Boutat A, Depelteau D, Egli Y, Tinturier G. Le mouvement des patients chroniques dans le réseau des principales institutions sanitaires vaudoises. *Revue Economique et Sociale* 1980; 48(Déc):255–262.
- 12 Koplman RM, Bush JW, Berry CC. Health status: types of validity for an index of well-being. *Health Serv Res* 1976; 11:478–507.
- 13 Barer ML et al. Aging and health care utilization: New evidence on old fallacies. *Soc Sci Med* 1987; 24:851–862.
- 14 Perroux F. L'économie du XX^e siècle. Paris: PUF, 1969.
- 15 Sackett DL. Evaluation of health services. In: Last J. Public and Preventive Medicine. New York: Appelton-Century-Crafts, 1980.
- 16 Battista RN et al. Méthodes d'évaluation. In: Dufresne J, Dumont F. *Traité d'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec, 1985:497–532.
- 17 Pedroni G, Zweifel P. Comment mesurer la santé. Bâle: Pharma Information, 1990.
- 18 OMS. L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs. Genève: WHO, 1981.
- 19 Drummond MF. Resource allocation decisions in health care: a role for quality of life assessments? *J Chronic Dis* 1987; 40:605–616.
- 20 Paccard F. Indicateurs d'adéquation des activités et des ressources des services de santé. In: De Landtsheer JP, Decollogny A. *La santé des Suisses en l'an 2000*. Aarau: SKI/ISH, 1988:219–238.
- 21 Last JM. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press, 1983.
- 22 Boutat A, Egli Y. L'évaluation de la lourdeur des clientèles médico-sociales. ADIES, Prilly, 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 86).
- 23 Scrivens E, Cunnigham D, Charlton J, Holland W. Measuring the impact of health interventions: a review of available instruments. *Effective Health Care* 1985; 2:247–261.

- 24 *Fekete A, Beroud C, Eggli Y.* Analyse des durées de séjour des hôpitaux de zone vaudois (1988–1990). ADIES, Prilly, 1991 (Cah Rech Doc IUMSP, no 66).
- 25 *Brooks RG.* The development and construction of health status measures. IHE-Report 1986/4.
- 26 *Ware J, Snyder M, Wright R, Davies A.* Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Programm Planning* 1983; 6:247–263.
- 27 *Carr-Hill R.* Variations in avoidable mortality and variations in health care resources. *Lancet* 1987; 1:1029–1030.
- 28 *Lewis AF, Modle WJ.* Health indicators: what are they? An approach to Efficacy in health care. *Health Trends* 1982; 24:3–8.
- 29 *Eggli Y, Boutat A.* Système d'information sanitaire: cadre général. ADIES, Prilly, 1991 (Cah Rech Doc IUMSP, no 67).
- 30 *Rubenstein LV, Kahn KL, Harrison ER, Sherwood MJ, Rogers WH, Brook RH.* Structured implicit review of the medical record: a method for measuring the quality of in-hospital medical care and a summary of quality changes following implementation of the medicare prospective payment system. Santa Monica: RAND, 1991.
- 31 *Winterhalter G, Blanc T, Kulczyki E.* Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital de St-Loup. Lausanne: SSP, 1991.
- 32 *Burdet A, Perrin JC, Devaud M, Blanc T, Sidler M.* Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital de Payerne. Lausanne: SSP, 1991.
- 33 *Sidler M.* Analyse de la pertinence d'une prise en charge hospitalière dans un service de médecine d'un hôpital de zone [Thèse de doctorat]. Lausanne: Faculté de Médecine, IUMSP, 1991.
- 34 *Selker HP et al.* The epidemiology of delays in a teaching hospital. *Medical Care* 1989; 27:112–129.
- 35 *Frutiger P, Fessler JM.* La gestion hospitalière médicalisée. Paris: ESF, 1991.

Remerciements

Les auteurs expriment leur gratitude à Mme Christiane Beroud, Mme Lorraine Davis, Mme Evelyn Boutat-von Molitor et Mr Jean-Marc Capraro pour leur aimable concours.

Adresse pour correspondance:

Alain Boutat, Dr. en. sc. éco., DPIO, Sc. po., HEC
 Association d'informatique des établissements sanitaires vaudois
 Bois de Cery
 CH-1008 Prilly/Suisse