

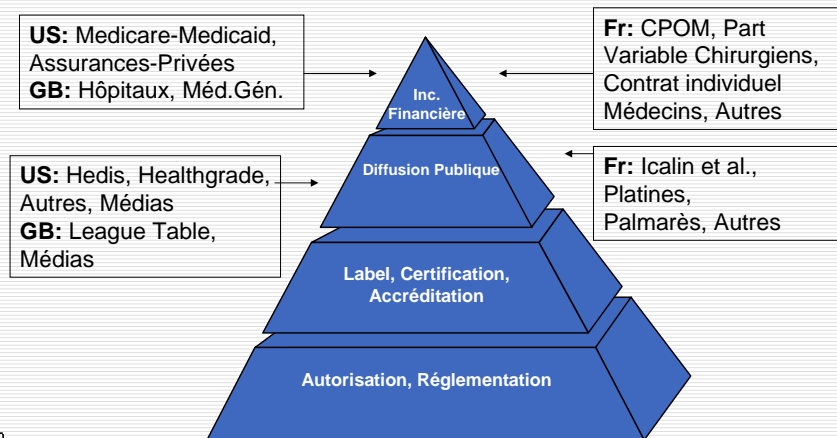
## Tableau de bord et indicateurs de performance hospitalière: Expérience internationale

Dr. Etienne MINVIELLE  
 Directeur de Recherches Cnrs-Economie/gestion  
 CERMES (unité mixte Inserm-Cnrs)  
 Responsable scientifique du projet COMPAQH  
 (Ministère de la santé/Haute Autorité de Santé/Inserm)

Journée des CLIN  
 12 Mars 2009



## Des indicateurs: Pourquoi ?



2006. Minvielle E. New Public Management "à la Française": The case of the Regional Hospital Agencies. *Public Administration Review*, 2006, 66-5: 753-763

2

## COMPAQH:

De la conception à l'utilisation de l'indicateur

	2003	2006	2009
<b>Validation des indicateurs</b>			
<b>Sélection des indicateurs</b>			
<b>Evaluation métrologique</b>			
<b>Utilisation des indicateurs</b>			
<b>Pilotage interne-performance qualité</b>			
<b>Diffusion Publique des résultats</b>			
<b>Financement de la qualité</b>			



2005. Grenier-Sennelier C., Corriol C, Daucourt V., Michel P. Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé : le projet COMPAQH. *Revue d'Epidémiologie et de Santé publique*, 53 : 1S22-30.

3

## Les indicateurs « généralisables »

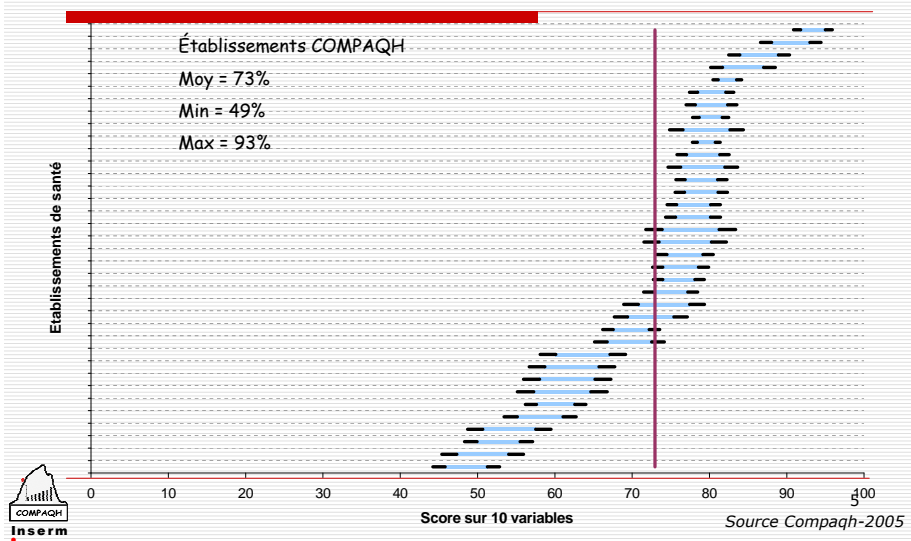
- ❑ **Généralisés (15):**
  - Tableau de bord des infections nosocomiales (DHOS)
  - Dossier du patient (HAS)
  - Dossier anesthésique (HAS)
  - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation (HAS)
  - Dépistage des troubles nutritionnels (HAS)
  - Traçabilité de la douleur (HAS)
  - Infarctus du myocarde après la phase aiguë (HAS)
- ❑ **En cours de généralisation :**
  - Satisfaction du patient hospitalisé (DHOS)
  - Accident vasculaire cérébral à la phase aiguë (HAS)
- ❑ **Généralisation programmée en 2009 (HAS)**
  - Conformité des demandes d'examen d'imagerie
  - Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle
  - Réunion de concertation pluridisciplinaire
  - Délais en consultation externe



**Compaqh.fr**

4

## Variabilité inter-établissement Dossier du Patient Score sur 10 variables



## Les indicateurs comme levier de la performance: Oui...

### Mais :

- ✓ Définition de la cible (I)
- ✓ Validation métrologique (II)
- ✓ De la Mesure à l'Amélioration (III)
- ✓ Impact de la Diffusion Publique (IV)
- ✓ Incitation Financière (V)



## «Qualité, Performance, Efficience» (1)

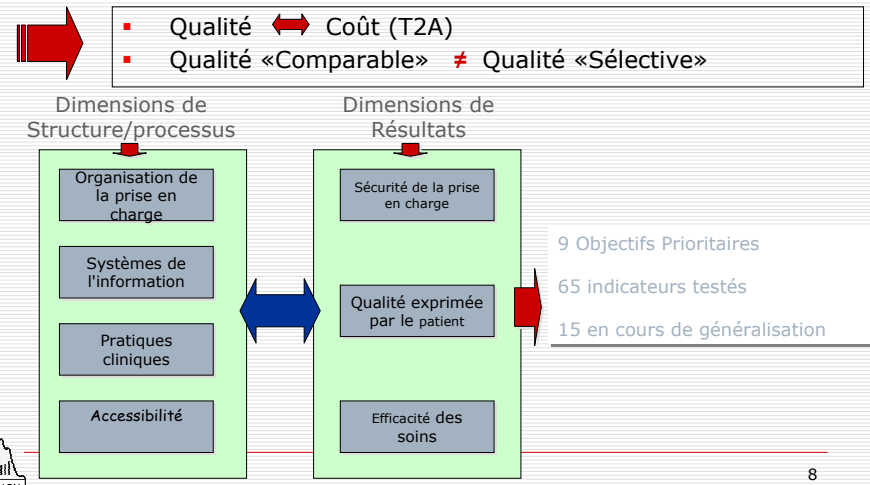
Quand Performance = Objectif en matière de Qualité

### La métaphore sportive



## «Qualité, Performance, Efficience»

Quand Performance = Obj. Qualité (2)



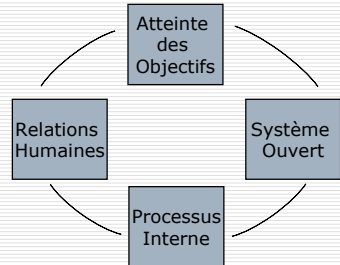
## «Qualité, Performance, Efficience» (3) Quand Performance > Qualité (3)

### Exemples:

1) En Analyse Stratégique

Balance Scorecard

2) En Théorie des Organisations



3) Approche Médicale

- Efficience
- Efficacité Clinique
- Point de vue du Patient
- Continuité des Soins
- Sécurité
- Equité

### De nouvelles dimensions :

- Utilisation Ressources / Efficience
- Réduction de l'Inégalité dans l'accès aux soins

*Kaplan et Norton, Harvard Business Review (1996)  
Sicotte et al., Health Serv Manage Res (1998) Institute of Medicine, USA (2000)*

9

## «Qualité, Performance, Efficience» Quand Performance = Efficience (4)

- Performance des ES/Professionnels = Efficience Technique

Max !  $\frac{\text{Qualité}}{\text{Coûts}}$

ou

Min !  $\frac{\text{Coûts}}{\text{Qualité}}$

- Performance du Système de Soins = Efficience Allocative

### Dans ce cas:

- Qualité du Système (Continuité des soins ES/Médecine de ville, Amélioration du DMP)
- En relation: Equité et Coût du Système

10

## Validation des Indicateurs (II)

### ❑ Une taxinomie de la Qualité

- 9 Obj.Prioritaires : Accessibilité, Bonnes Pratiques Cliniques, Continuité, Coordination des soins, Douleur, GRH équipe de soins, Iatrogénie, Point de vue du patient, Troubles nutritionnels

### ❑ Une méthode de conception de l'indicateur

- Indépendance
- En lien avec les professionnels
- Cahier des charges-Grille de recueil
- Métrologie (Reproductibilité, Validité, Ajustement)
- Et la Faisabilité...

11

## Validation des indicateurs (II)

### Faisabilité:

- ❑ Petit nombre de QI
- ❑ Compréhension
- ❑ Adéquation aux technologies de l'information
- ❑ Créativité méthodologique

*How to limit the burden of data collection for quality indicators based on medical records? The Compagh experience. Corriol C, Daucourt V, Grenier C, Minvielle E. BioMedcentral Health service research, 200\_, 8:215.*

12

## De la Mesure à l'Amélioration (III)

---

- ❑ Délai entre l'évaluation et l'action
- ❑ Possibilité d'identifier des actions d'amélioration  
( outils d'amélioration, facteurs prédictifs d'une amélioration)
- ❑ Prise avec la réalité: "sense-making"



## Rôle de la Diffusion publique (IV)

---

- ❑ Vision pessimiste: des points de vue inconciliables
  - Pouvoirs publics :
    - ❑ Données agrégées
    - ❑ Rapidement
  - Patients :
    - ❑ Données désagrégées
    - ❑ Rapidement
  - Professionnels
    - ❑ Analyses fines
    - ❑ Délai incompressible



## Rôle de la Diffusion publique (IV)

---

- ❑ Vision optimiste: des points de vue conciliables
  - Diffusion publique ("accountability") :
    - ❑ N'est pas un élément de recours pour les patients
    - ❑ Ne mobilise pas les média dans le temps
    - ❑ Motive les Professionnels dans la Gestion Interne

*Berwick et al. Med Care. 2003, 41, 1, 30-38*



## Rôle de la Diffusion publique (IV)

---

- ❑ En nette accélération, sur qualité : pratiques cliniques, satisfaction, mortalité, sécurité, continuité des soins, accesibilité
- ❑ Deux Questions:
  - Agrégation
  - Injustice



## Rémunération à la qualité ? (V)

- ❑ Les modes de Paiement existants: une faible incitation à la qualité
- ❑ Les actions d'Amélioration de la Qualité: une relative inefficacité
- ❑ L'investissement dans la Qualité peut réduire les Coûts

Mesures	Décès évitables	Coûts médicaux évitables (\$)
Beta-bloquant dans l'IdM	800-1.200	9,7-23,9 millions
Dépistage du cancer du sein	150-600	41,6-78,3 millions
Hypertension artérielle	12.000-32.000	382 millions – 1,0 milliard
Suivi du Diabète	5.300-11.700	693 millions – 1,2 milliard
Dépistage du cancer du côlon	4.100-6.200	188-194 millions
Soin prénatal	1.000-1.750	519-524 millions

Source : National Committee on Quality Assurance : « The state of healthcare quality 2005. »

- ❑ Une technologie existante: la mesure de la Qualité des soins

## Quelle cible ? (V)

### Etats-Unis

Groupe de Médecins  
52%

Médecins Individuels  
28%

Etablissements de santé  
20%

### UK

Groupe de Médecins  
(QOF - Quality & Outcomes Framework)

- ❑ NHS: QOF-programme 2004-2007
- ❑ 146 indicateurs
- ❑ Budget \$3.2 milliards
- ❑ En moyenne \$40.000 bonus par médecin (+30%)

## Conclusion: Contexte d'application

### Les limites de la transposition

- ❑ La France n'a pas les moyens de la générosité britannique
- ❑ La France, plutôt « satisfaite » des performances son système de santé
- ❑ Des relations médecins/pouvoirs publics différentes
- ❑ La faiblesse du système d'information hospitalier
- ❑ Des Objectif de la réforme hospitalière (Classement; Part fixe, part variable; sécurité) ?

## Conclusion: Contexte d'application

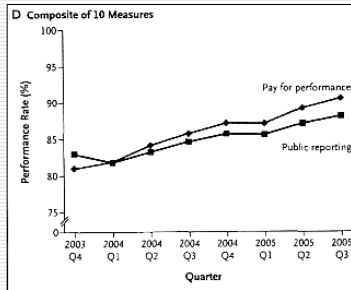
- ❑ Des limites culturelles
  - Aux US: déremboursement des hospitalisations suite à un évènement iatrogène
- ❑ Mais :
  1. Qu'est ce que les systèmes de paiement valorisent?  
T2A, Paiement à l'acte, paiement au salaire, au forfait
  2. Un milieu professionnel qui n'est pas opposé si « méthode, et charge de travail »

## Conclusion: Contexte d'application

Le lien: rémunération et...

### 1) Diffusion Publique

### 2) Autorisation



Cout	Qualité	Equité (spatiale)	Décision
Elevé	Faible	Concurrent	Transformé
Elevé	Elevé	Isolé	Maintien ?
		Concurrent	Maintien

## Ne jamais oublier de rester humble !

