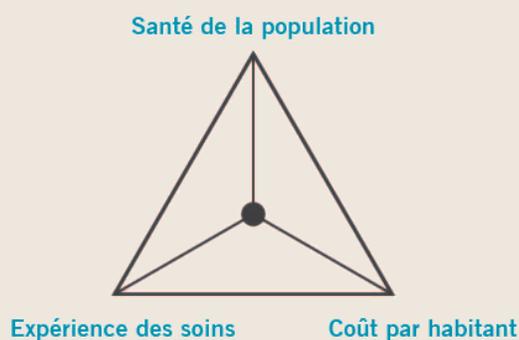


Guide IHI de mesure du Triple Objectif

Santé de la population, expérience des soins, coût
par habitant

Triple Objectif de l'IHI



AN IHI RESOURCE

20 University Road, Cambridge, MA 02138 • ihi.org

Suggestion de citation : Stiefel M, Nolan K. *Guide de mesure du Triple Objectif : santé de la population, expérience des soins et coût par habitant*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2015. (Disponible sur ihi.org)



AUTEURS:

Matthew Stiefel, MPH: *Directeur principal, Centre de santé de la population, Kaiser Permanente Care Management Institute ; Membre de l'IHI*

Kevin Nolan, MA: *Membre principal de l'IHI*

Remerciements:

Nous sommes reconnaissants envers de nombreuses personnes pour leur contribution à ce travail, dont :

- Les établissements du monde entier impliqués dans l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI, qui ont généreusement partagé les résultats de leur travail et leurs enseignements ;
- L'équipe du Triple Objectif et le corps professoral de l'IHI, qui ont transmis leurs savoirs spécialisés ; et
- Carol Beasley, Frank Davidoff, Don Goldmann, Tom Nolan et John Whittington, pour leurs commentaires perspicaces à propos de ce White Paper.

Nous tenons également à remercier Jane Roessner et Val Weber pour leur soutien dans le développement et l'édition de cet *IHI White Paper*.

La traduction par Marie Brusselmans de cet *IHI White Paper* en 2015 est un projet financé par l'Université Catholique de Louvain, Belgique (UCL) et coordonné par Mathieu Louiset avec l'aide de la PAQS asbl, Belgique (www.paqs.be).

L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) est un innovateur de premier plan dans l'amélioration de la santé et des soins de santé dans le monde entier. Depuis plus de 25 ans, nous avons établi un partenariat avec une communauté de plus en plus importante de visionnaires, leaders et praticiens de première ligne dans le monde entier, pour susciter des moyens audacieux et inventifs d'améliorer la santé des individus et des populations. Ensemble, nous construisons la volonté de changement, cherchons des modèles novateurs de soins, et diffusons les meilleures pratiques à l'efficacité prouvée. Pour faire avancer notre mission, IHI est dédié à l'optimisation des services de santé, à mener à bien le Triple Objectif pour les populations, à élaborer des soins centrés sur la personne et les familles, et à construire la capacité à l'amélioration. Nous avons développé les *IHI White Papers* pour poursuivre notre mission. Les idées et les constatations de ces White Papers représentent le travail novateur de l'IHI et d'organisations avec lesquelles nous collaborons. Les *IHI White Papers* sont conçus pour partager les problèmes auxquels l'IHI s'emploie à répondre, les idées, changements et méthodes que nous développons et testons pour aider les organisations à apporter des améliorations révolutionnaires, et les premiers résultats dans le cas échéant.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Principes de mesure	6
Cadres analytiques de mesure du Triple Objectif	8
Exemples, sources de données, et méthodes de mesure du Triple Objectif	14
Intégrer les mesures du Triple Objectif dans un système d'apprentissage	21
Conclusion	24
Bibliographie	25
Annexe A : Principes de mesure	28
Annexe B : Présentation détaillée du menu de mesures des résultats du Triple Objectif et glossaire des sources de données	29
Annexe C : Explication du modèle des composants et relations de la santé de la population	35

Résumé

En 2008, Don Berwick, Tom Nolan et John Whittington définissaient pour la première fois le Triple Objectif d'atteindre simultanément l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'expérience des soins par les patients et la réduction du coût des soins par habitant. L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) a développé le Triple Objectif comme une déclaration d'intention pour des systèmes de santé fondamentalement nouveaux qui contribuent à la santé globale des populations tout en réduisant les coûts. L'idée a fait mouche. Depuis, elle est devenue le cadre d'organisation de la stratégie nationale de la qualité des États-Unis, des stratégies d'organismes de santé publics et privés à travers le monde, et de la majorité des 100 sites du monde entier qui ont été impliqués dans l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI.

Pour ce travail, un système utile de mesure du Triple Objectif est essentiel. Bien qu'aucune organisation ou région à elle seule n'ait encore atteint un système de mesure idéal et complet du Triple Objectif, de bons exemples et sources de données sont à présent disponibles pour illustrer comment la mesure peut alimenter un système d'apprentissage pour permettre l'amélioration simultanée de la santé de la population, de l'expérience des soins et du coût par habitant des soins de santé.

Ce White Paper présente un panel de mesures proposées pour les trois dimensions du Triple Objectif. Le menu est basé sur une combinaison des cadres analytiques présentés dans le document et de l'expérience pratique des établissements participant à l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI. Les mesures proposées sont accompagnées de sources de données et d'exemples. Le document décrit également comment les mesures pourraient être utilisées en conjonction avec des mesures de processus et de résultats de plus en plus spécifiques, en chaîne, pour des projets particuliers visant à créer un système d'apprentissage pour atteindre le Triple Objectif.

Introduction

En 2008, Don Berwick, Tom Nolan et John Whittington définirent pour la première fois le Triple Objectif d'atteindre simultanément l'amélioration de la santé de la population, l'amélioration de l'expérience des soins par les patients et la réduction du coût des soins par habitant.¹ L'*Institute for Healthcare Improvement* (IHI) a développé le Triple Objectif comme une déclaration d'intention pour des systèmes de santé fondamentalement nouveaux qui contribuent à la santé globale des populations tout en réduisant les coûts. L'idée a fait mouche. Depuis, elle est devenue le cadre d'organisation de la stratégie nationale de la qualité du Ministère américain des services de santé et sociaux (*US Department of Health and Human Services* ou HHS) et des stratégies d'autres organismes de santé publics et privés tels que les centres (*Centers for Medicare & Medicaid Services* ou CMS), *Premier*, et le *Commonwealth Fund*.

Comme aucun secteur à lui seul n'a la capacité d'atteindre l'amélioration de la santé d'une population, le Triple Objectif exige explicitement que les organismes de santé de soins, les services de santé publics, les entités de services sociaux, les systèmes scolaires et les employeurs coopèrent. Pour favoriser cette coopération, il faut un intégrateur qui accepte la responsabilité de la réalisation du Triple Objectif pour la population. Que l'intégrateur soit une structure ou organisation nouvelle ou existante, une entité d'une forme ou d'une autre est nécessaire pour rassembler les ressources et soutenir la poursuite du Triple Objectif. Une fois que l'intégrateur a créé une structure de gouvernance appropriée, il doit diriger la fixation d'un objectif clair dans la poursuite du Triple Objectif, l'identification d'une série de projets et d'investissements qui soutiennent cette démarche, ainsi que la création d'un ensemble performant de mesures de haut niveau pour faire le suivi des progrès. L'ensemble des mesures devrait définir opérationnellement chaque dimension du Triple Objectif. Un bon groupe de mesures des résultats de la population peut alimenter un système d'apprentissage pour permettre l'amélioration simultanée de la santé de la population, de l'expérience des soins, et du coût par habitant des soins de santé.

De nombreuses organisations, y compris celles qui ont participé à l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI, éprouvent des difficultés à définir ce qu'il faut mesurer dans l'exécution du Triple Objectif et à accéder aux données nécessaires. Au cours des cinq dernières années, cette initiative a inclus plus de 100 sites à travers le monde, couvrant un large éventail d'entités, depuis des plans de santé jusqu'à des systèmes intégrés de santé, des entités de services sociaux et des coalitions régionales. L'IHI les a encouragés à débiter l'élaboration de leurs mesures en explorant les données auxquelles ils ont accès dans leurs organisations ou communautés, la manière dont elles peuvent être obtenues, et à quelle fréquence les nouvelles données sont disponibles. L'apprentissage au sein de l'initiative a contribué à créer une liste de mesures recommandées dans le présent document pour chacune des trois dimensions du Triple Objectif, complété par des sources de données et des exemples.

Principes de mesure

Les principes qui s'appliquent à la bonne mesure s'appliquent, en général, aussi à la mesure du Triple Objectif. Bien que ce document ne se prête pas à une discussion des principes généraux de mesure, les principes utilisés par le Forum national de la qualité pour l'évaluation des mesures de qualité sont à noter et s'appliquent aussi bien à la mesure du Triple Objectif : l'importance, l'acceptabilité scientifique, la facilité d'utilisation et la faisabilité.² En outre, Billheimer³ et Pestronk⁴ offrent d'autres considérations utiles pour le développement de mesures applicables au Triple Objectif (voir l'annexe A).

Les principes clés de mesure qui s'appliquent au Triple Objectif sont décrits ci-dessous.

- **La nécessité d'une population définie**

Le cadre du Triple Objectif est une population, et les mesures, en particulier pour la santé de la population et le coût par habitant, exigent un dénominateur de la population. Dans un document commandé par le Comité directeur du Forum national de la qualité de la santé de la population (*National Quality Forum Population Health Steering Committee*), Jacobson et Teutsch font une distinction utile entre la *population totale* et les *sous-groupes de population*.⁵ La population totale fait référence à tous les résidents d'une zone géopolitique, dans laquelle une variété de sous-groupes de population peuvent être définis. Les sous-groupes de population peuvent être définis de façon variée, notamment par leurs revenus, leur race/ethnicité, le taux de maladies, ou par le nombre d'entre eux qui sont desservis par un système de santé particulier ou dans une profession particulière. Par définition, la population totale d'une zone géopolitique est l'union des sous-groupes de population qui s'y trouvent. Les populations desservies par une initiative de Triple Objectif pourraient être soit une population totale ou un sous-groupe de population défini de cette manière. Dans les deux cas, il est essentiel de préciser la population.

- **La nécessité de données inscrites dans la durée**

Dans la science de l'amélioration, le suivi des données au fil du temps permet de faire la distinction entre des variations de cause commune et de cause spéciale, afin de mieux comprendre la relation entre les interventions et les effets, et de mieux comprendre les décalages temporels entre la cause et l'effet.⁶

- **La nécessité d'une distinction entre les mesures de résultats et de processus, et entre les mesures de la population et des projets**

La mesure dans le cadre du Triple Objectif peut être construite de manière hiérarchique, avec des mesures de haut niveau des résultats de la population pour chaque dimension du Triple Objectif et des mesures de résultats et de processus connexes pour des projets qui soutiennent chaque dimension.

- **La valeur des données de benchmarking ou de comparaison**

Bien que les données suivies et tracées au fil du temps soient utiles pour mesurer l'amélioration, les données de *benchmarking* ou de comparaison permettent les comparaisons avec d'autres systèmes. L'analyse comparative est rendue plus facile si les mesures choisies sont standardisées et disponibles dans le domaine public.

Sur la base de ces principes de mesure, la liste suivante de mesures des résultats du Triple Objectif a évolué au sein de l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI (voir le tableau 1).

Tableau 1. Liste de mesures des résultats du Triple Objectif

Domaine du Triple Objectif de l'IHI	Mesures des résultats
<p>Santé de la population</p>	<p>Résultats de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalité : Années potentielles de vie perdues, espérance de vie, taux standardisé de mortalité • États de santé et fonctionnel : évaluation par question simple (par exemple, <i>CDC HRQOL-4</i>) ou évaluation multi-domaines (par exemple, <i>VR-12</i>, <i>PROMIS Global-10</i>) • Espérance de vie en bonne santé : combine l'espérance de vie et l'état de santé en une seule mesure, ce qui reflète les années restantes de vie en bonne santé
	<p>Taux de maladies :</p> <p>Incidence (taux annuel d'apparition, âge moyen d'apparition) et/ou prévalence des principales maladies chroniques</p>
	<p>Facteurs comportementaux et physiologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les facteurs comportementaux incluent le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'alimentation • Les facteurs physiologiques incluent la tension, l'indice de masse corporelle (IMC), le cholestérol et la glycémie <p>(Mesure possible : Un score d'évaluation composite des risques de santé composite)</p>
<p>Expérience des soins</p>	<p>Questions standard de sondages des patients, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des questions globales fournies lors de l'évaluation par le consommateur des prestataires et systèmes de soins de santé (<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i> ou CAHPS) ou des sondages « Comment va votre santé ? » (<i>How's Your Health ?</i>) • La probabilité de recommandation du prestataire ou de l'établissement à des amis
	<p>Ensemble de mesures basées sur les aspects clés (par exemple, les six objectifs d'amélioration de l'<i>Institute of Medicine</i> : des soins sûrs, efficaces, rapides, efficaces, équitables et centrés sur le patient)</p>
<p>Coût par habitant</p>	<p>Coût total par membre de la population par mois</p>
	<p>Taux et/ou coût d'utilisation de l'hôpital et du département des urgences</p>

Cette liste de mesures est basée sur une combinaison des cadres analytiques présentés dans la section suivante et sur les expériences pratiques des organismes participant à l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI. La liste est destinée à donner des orientations aux organisations qui cherchent à mesurer le Triple Objectif. La sélection des mesures dépendra en partie de la disponibilité des données, des limitations ou contraintes de ressources, et des objectifs principaux.

- Les résultats de santé de mortalité, d'état de santé et d'état fonctionnel, et leur combinaison — l'espérance de vie en bonne santé — sont des mesures de résultats ultimes pour la **santé de la population**. Les mesures des taux de maladies et des facteurs comportementaux et physiologiques sont incluses car elles sont des facteurs contribuant aux résultats de santé. Les sites de soins peuvent commencer par utiliser ces mesures si les données sont plus facilement disponibles.
- Pour la mesure de **l'expérience des soins**, deux points de vue sont pris en compte : d'abord, la perspective de l'individu alors qu'il ou elle interagit avec le système de soins de santé (c'est-à-dire, les enquêtes d'expérience des patients) et, deuxièmement, la perspective du système de soins de santé axé sur la conception d'une expérience de haute qualité pour les patients telle que définie par les six objectifs de l'*Institute of Medicine*.⁷
- Le coût total par membre de la population par mois est la mesure souhaitable pour définir le **coût par habitant**. Les établissements peuvent également utiliser les services à coût élevé (par exemple, l'utilisation/les coûts des patients hospitalisés) qui représentent une part importante des dépenses de soins de santé.

Une description plus détaillée des mesures de résultats du Triple Objectif de la liste, y compris des sources de données et des exemples, est offerte dans l'annexe B.

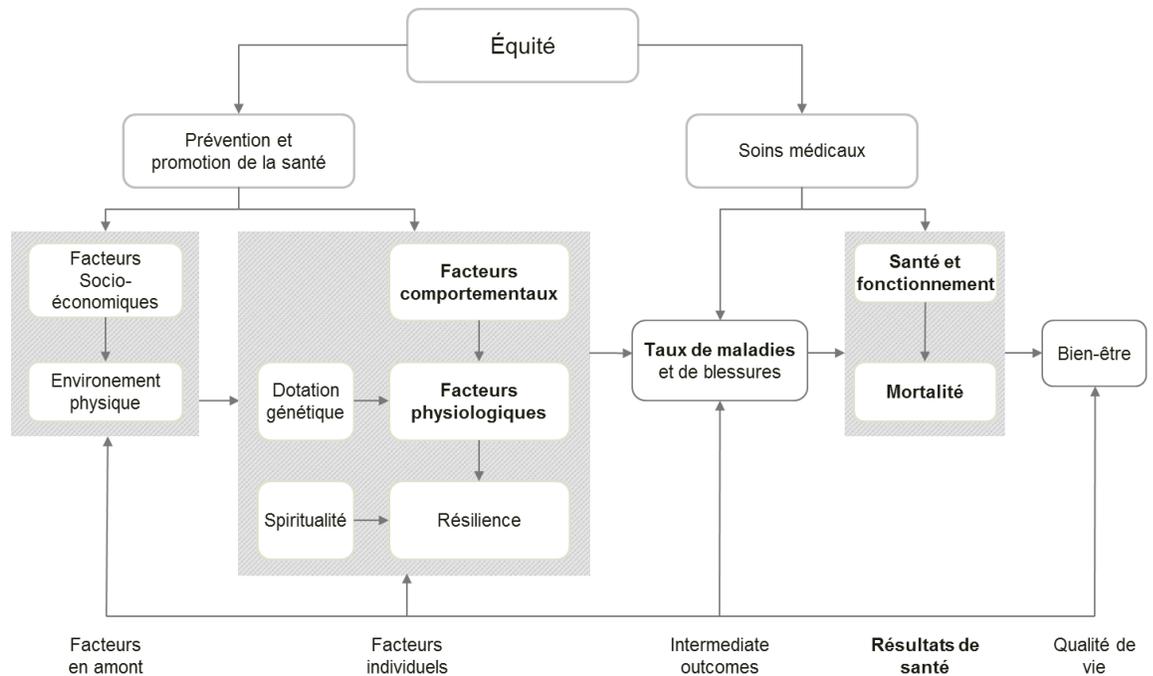
Cadres analytiques de mesure du Triple Objectif

Dans cette section du document, nous présentons les cadres analytiques qui sous-tendent les recommandations spécifiques de mesures pour chaque domaine du Triple Objectif : la santé de la population, l'expérience des soins, et le coût par habitant des soins de santé.

Cadre de mesure de la santé des populations

De nombreux cadres et modèles ont été développés pour illustrer les corrélations entre les déterminants et les résultats de la santé de la population. Le modèle illustré dans la figure 1 est basé sur le modèle initialement publié par Evans et Stoddart.⁸

Figure 1. Un modèle de santé de la population



Remarque : Les mesures de la santé de la population dans la liste de mesure du Triple Objectif dans le tableau 1 apparaissent en **caractères gras** dans la figure 1.

Le modèle approfondit les voies causales et les relations décrites par Evans et Stoddart, et offre un cadre de mesure en faisant la distinction entre les déterminants (*facteurs en amont* et *facteurs individuels*) et les résultats (à la fois *intermédiaires* et *de santé*). Le menu de mesure du Triple Objectif (voir le tableau 1) comprend un sous-ensemble pragmatique de mesures de la santé de la population sur la base de ce modèle ; ces mesures sont mises en évidence en gras dans la figure 1. Le modèle complet offre un contexte à ce sous-ensemble pragmatique, indiquant où les mesures choisies sont situées dans la voie causale à partir des déterminants en amont jusqu'aux résultats en aval. Une description plus complète des composants et des relations modèles est présentée dans l'annexe C.

La sélection des mesures dépendra des capacités de mesure des sites particuliers du Triple Objectif, bien que le déplacement vers la droite dans le modèle soit la direction menant à des résultats de santé plus significatifs pour les individus. Les mesures des **résultats de santé** dans la liste comprennent des mesures de mortalité, d'états de santé et fonctionnel, ainsi qu'une combinaison des deux, l'espérance de vie en bonne santé. Les **mesures de mortalité** comprennent les années potentielles de vie perdues, l'espérance de vie, et le taux de mortalité standardisé. Il existe de nombreuses **mesures des états de santé et fonctionnel parmi lesquelles choisir** ; la liste en répertorie trois des plus communes.

Si les établissements participant au Triple Objectif n'ont pas encore la capacité de mesurer la mortalité ou l'état de santé et l'état fonctionnel, le deuxième type de mesure de la santé dans le menu est le résultat intermédiaire du **taux de maladies** pour les principales maladies chroniques, exprimé en taux d'incidence et/ou de prévalence. Certains sites de soins appliquant le Triple Objectif pourraient choisir de commencer plus en amont avec des **facteurs comportementaux et physiologiques** individuels plutôt qu'avec les résultats de santé. Les

marqueurs physiologiques tels que la tension, l'indice de masse corporelle, la glycémie et le cholestérol, sont les indicateurs les plus courants de risque pour la santé mesurés dans le système des soins de santé, en partie parce qu'ils sont objectifs et que des preuves solides démontrent leur relation avec les résultats de santé en aval. Les comportements liés à la santé, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, le régime alimentaire et l'exercice, sont de plus en plus mesurés dans les systèmes de santé en raison de leur impact puissant sur les résultats en aval. Cependant, il est important de garder à l'esprit que ces mesures ne sont que des mesures de substitution des résultats de santé en aval.

Les classements de santé par comtés américains (*County Health Rankings*), une initiative de la collaboration de santé communautaire *Mobilizing Action Toward Community Health* entre la *Robert Wood Johnson Foundation* et l'Institut de la Santé de la Population de l'Université du Wisconsin (*University of Wisconsin Population Health Institute*), livrent un ensemble de mesures de la santé de la population à l'échelle des comtés, pour tous les comtés des États-Unis.⁹ Les classements comprennent des mesures dans la plupart des grandes catégories présentées dans la figure 1. Toutefois, puisque la plupart des sources sont à l'échelle du comté ou basées sur des échantillons aléatoires relativement petits, il est difficile d'appliquer les mesures à des sous-groupes de population qui ne se situent pas au niveau du comté.

Les contributions du système de prestation de soins de santé de la figure 1 — la prévention et promotion de la santé et les soins médicaux — bien qu'elles soient des facteurs déterminants importants de la santé, sont abordées plus loin dans la présentation des cadres pour les domaines du Triple Objectif de l'expérience des soins et du coût par habitant. Elles illustrent les relations entre les trois domaines du Triple Objectif.

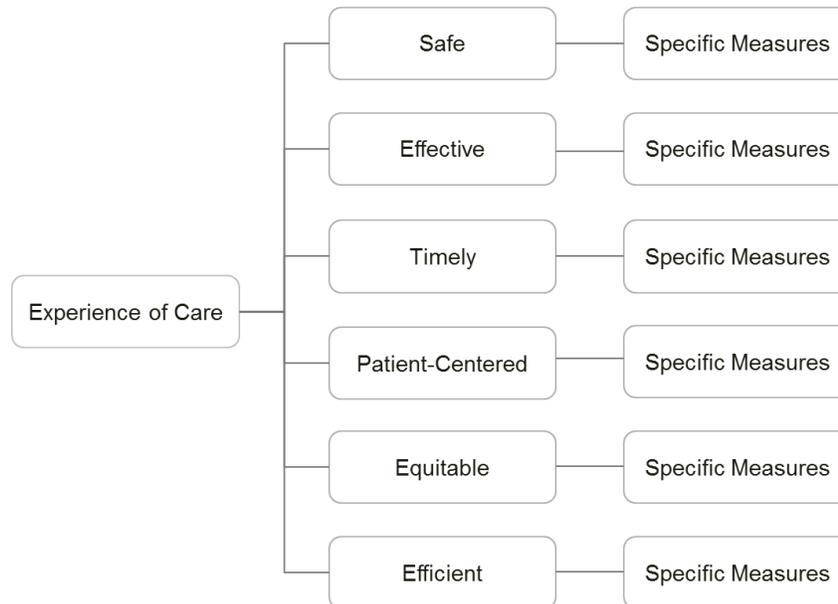
Un cadre de mesure pour l'expérience de soins

L'expérience globale des soins est mieux évaluée par les patients qui bénéficient des soins. La liste des mesures dans le tableau 1 comprend quelques exemples de sondages auprès des patients. Les séries d'évaluations par le consommateur des prestataires et systèmes de soins de santé (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* ou CAHPS), parrainées par l'Agence américaine de recherche et de qualité en soins de santé (*Agency for Healthcare Research and Quality* ou AHRQ), contient une question globale sur l'expérience d'ensemble des soins de santé : « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente les pires soins de santé possibles et 10 les meilleurs soins de santé possibles, quel score donneriez-vous à tous vos soins de santé au cours des 12 derniers mois ? ». ¹⁰ Le sondage « Comment va votre santé ? » (*How's Your Health ?*), un autre outil fréquemment utilisé pour l'évaluation par les consommateurs de leur expérience globale des soins, demande aux consommateurs de répondre à la question suivante sur une échelle de Likert en cinq points : « En considérant vos soins de santé, à quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec cette affirmation : « Je reçois exactement ce que je veux et ce dont j'ai besoin, au moment précis où je le veux et en ai besoin, de la manière exacte que je veux et nécessite ». ¹¹ Certains systèmes de santé utilisent une mesure globale de la « probabilité de recommandation » comme une mesure indirecte de la qualité des soins.

Les six objectifs d'amélioration formulés par l'*Institute of Medicine* (IOM) dans le rapport *Crossing the Quality Chasm*¹² (« Franchir le fossé de la qualité ») – des soins sûrs, effectifs, rapides, centrés sur le patient, équitables et efficaces - offrent un cadre utile pour la mesure des déterminants de l'expérience des soins du point de vue de ceux qui dispensent des soins (voir la figure 2). Nous recommandons que les organisations utilisant les objectifs de l'IOM comme mesure des résultats de santé de la population incluent la plupart, sinon la totalité des six objectifs, comme mesure de l'expérience des soins, par opposition à un ou deux. Les organisations peuvent utiliser

ces objectifs, en conjonction avec une mesure globale de l'expérience des patients, pour construire un schéma pilote de l'expérience des soins, comme le montre la figure 2. Une discussion approfondie des mesures spécifiques pour chacun de ces pilotes dépasse la portée de ce document.

Figure 2. Les guides d'une excellente expérience des soins sur la base des six objectifs d'amélioration de l'IOM

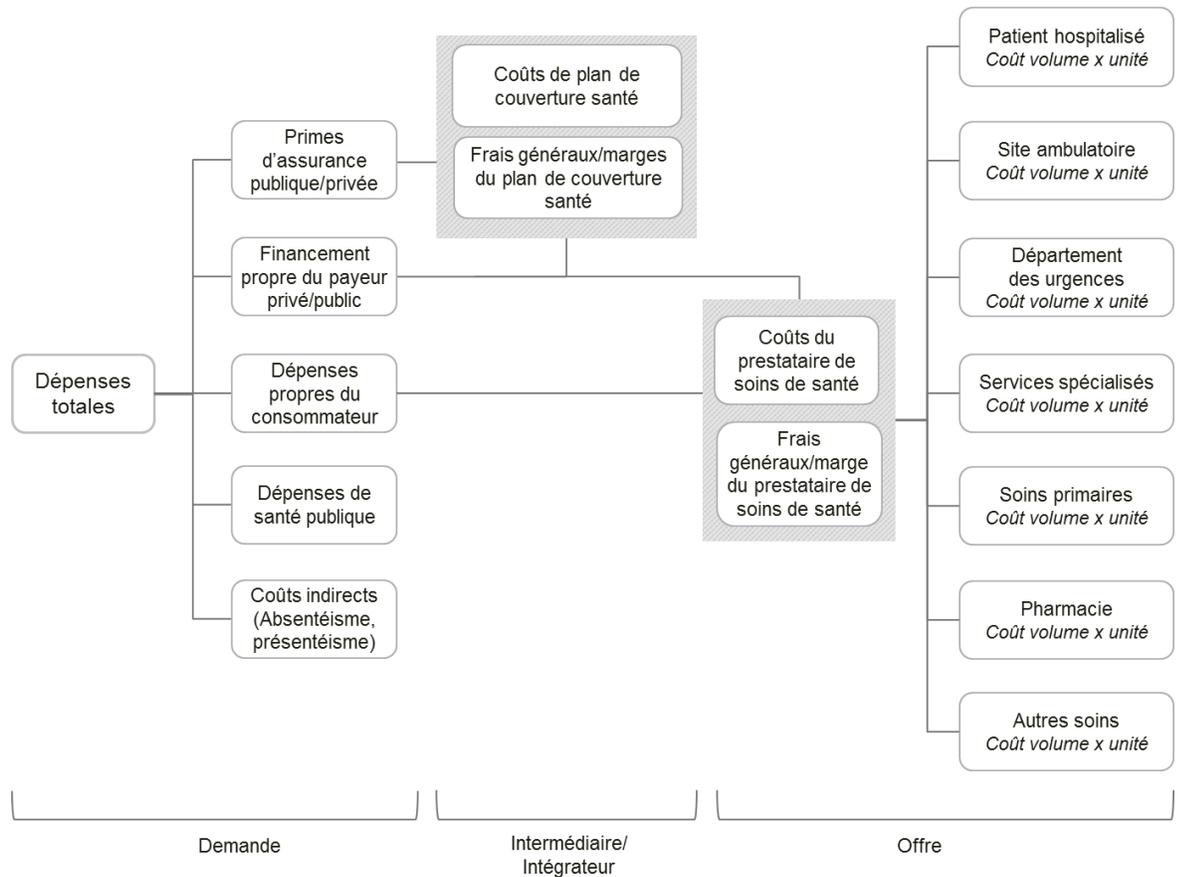


Cadre de mesure du coût par habitant des soins de santé

Du point de vue du concept, la mesure du coût par habitant est plus simple que la mesure de la santé de la population et de l'expérience des soins parce que la mesure du coût implique des unités monétaires communes qui peuvent être facilement agrégées ou ventilées. Cependant, en pratique, la mesure du coût se voit compliquée par un certain nombre de facteurs. Le coût par habitant, comme la santé de la population, exige un dénominateur de la population pour être mesuré, mais la séparation de la prestation des soins de santé et du financement dans la plupart des États-Unis rend souvent difficile la tâche d'identifier la population desservie par le système de prestation de soins. En outre, il n'est pas toujours clair de savoir quels coûts inclure, et à partir de quel point de vue.

La figure 3 offre un cadre pour mesurer le coût par habitant. Le cadre comprend trois perspectives sur les coûts : celui de l'**offre** des prestataires (à droite dans la figure 3), celui de la **demande** des consommateurs, des acheteurs, et du public (à gauche dans la figure 3), et la perspective **intermédiaire** des plans et des assureurs des soins de santé, qui leur donne l'opportunité d'agir en tant qu'intégrateurs des informations sur les coûts (au centre dans la figure 3). Les différentes perspectives aident à comprendre les coûts mesurés.

Figure 3. Cadre de mesure du coût par habitant



Pour les prestataires, les coûts peuvent être ventilés en différents types de soins de santé, comme le montre la figure 3. Il est également utile de désagréger les coûts des prestataires en coût par volume et à l'unité (par exemple, les jours d'hospitalisation et le coût par jour), afin de mieux comprendre les sources de variations et de changements. Comme indiqué dans le menu de mesure dans le tableau 1, les établissements souhaitant mettre en place le Triple Objectif qui n'ont pas accès à la gamme complète des données sur les coûts (c'est à dire, le coût total par membre de la population par mois), peuvent choisir de commencer par les coûts de l'hôpital et du département des urgences, qui représentent un pourcentage important des coûts dans la plupart des systèmes de santé. Cependant, les données des coûts de l'hôpital et du service des urgences, ainsi que d'autres coûts de prestataires, sont souvent obtenues à partir de données contenues dans les demandes d'indemnisation et les paiements par fonds propres des consommateurs. Ces données ne représentent donc pas le coût réel de la « production » des soins.

La somme de ces coûts de prestataires, additionnée à leurs frais généraux et leur marge, équivaut aux coûts totaux des soins. Ces coûts sont payés par une combinaison de paiements depuis les plans de couverture santé et les assureurs, jusqu'au financement propre du payeur public et privé ou la dépense propre des consommateurs. À leur tour, les paiements de plans santé et des assureurs, plus leurs frais généraux et marge, sont les coûts des primes versées par les payeurs publics et privés, y compris les programmes gouvernementaux tels que *Medicare* et *Medicaid*, les employeurs et les fonds syndicaux, et enfin les consommateurs individuels. Les paiements de *Medicare Advantage* aux plans de couverture santé, par exemple, passent par cette voie. Ces payeurs publics et privés achètent également des soins directement aux prestataires grâce à un

auto-financement (bien que dans la pratique, ces paiements soient souvent administrés par les assureurs via des services « de tiers administrateur »).

Du point de vue d'un public plus large, les coûts totaux incluent également les dépenses de santé publique en plus des coûts de soins de santé directs. Ceci est particulièrement important pour les collaborations régionales participant au Triple Objectif qui examinent la répartition appropriée des grandes dépenses liées à la santé dans une communauté. Enfin, les employeurs reconnaissent de plus en plus que les coûts indirects de la mauvaise santé, y compris l'absentéisme et les baisses de productivité, peuvent dépasser les dépenses en soins de santé directs et doivent être pris en compte lors de l'évaluation de leurs programmes de promotion de la santé et de soins de santé. Puisque les sites de soins travaillant avec le Triple Objectif se concentrent généralement sur les coûts occasionnés lorsque les individus interagissent avec le système de soins de santé, les données servant à la mesure du « coût total par membre de la population par mois » dans le menu dans le tableau 1 sont souvent obtenues à partir des données des demandes d'indemnisation et des dépenses propres des consommateurs. Les collaborations régionales selon le Triple Objectif commencent à utiliser les cadres plus larges pour établir un coût qui inclut les coûts de santé publique et indirects également.

La combinaison des trois domaines du Triple Objectif : Un cadre pour la mesure de la valeur

Les trois domaines du Triple Objectif, lorsqu'ils sont considérés ensemble, livrent un cadre utile pour mesurer *la valeur* dans les soins de santé. La valeur peut être conceptualisée comme l'optimisation du Triple Objectif, qui reconnaît que les différentes parties prenantes peuvent donner des poids différents aux trois domaines. La mesure des coûts de manière isolée n'est pas d'une grande utilité ; elle doit être combinée à des mesures des deux autres domaines du Triple Objectif. La combinaison du coût par habitant et de l'expérience des soins permet de mesurer *l'efficacité*. Selon l'Alliance AQA, « l'efficacité des soins est fonction de la relation entre le coût des soins associés à un niveau spécifique de performance mesurée par rapport aux cinq autres objectifs de qualité de l'IOM ». ¹³ De même, la combinaison de la santé de la population avec l'expérience des soins permet de mesurer *le caractère effectif* des soins, ou le caractère effectif comparatif lorsque l'on compare des traitements alternatifs. La réunion des trois domaines du Triple Objectif — la santé de la population, l'expérience des soins et le coût par habitant — permet la mesure de *la rentabilité* ou valeur globale.

Exemples, sources de données, et méthodes de mesure du Triple Objectif

Bien qu'aucune organisation ou seule région à elle seule n'ait encore atteint un système de mesure idéal et complet du Triple Objectif, de bons exemples et sources de données sont à présent disponibles. Dans les tableaux suivants, nous incluons des exemples de mesures de la santé de la population, de l'expérience des soins et du coût par habitant utilisées par les sites ayant participé à l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI — alignées sur le menu des mesures de résultats du Triple Objectif présentées dans le tableau 1. Les exemples se concentrent sur les mesures au niveau de la population, bien que certaines (par exemple, les mesures de la santé de la population de l'état des risques) pourraient également servir de mesures pour un projet spécifique. Pour chaque mesure, les tableaux indiquent le site participant à l'initiative de prototypage du Triple Objectif utilisant la mesure, leur population et leur but principal, ainsi que la source de données. Chaque ensemble de mesures — pour la santé de la population, l'expérience des soins et le coût par habitant — s'accompagne de conseils sur les sources de données et les méthodes. L'annexe B contient plus de détails sur les spécifications et les sources des mesures dans les tableaux, et un glossaire général ainsi que des liens internet pour certaines des mesures les plus couramment utilisées.

Mesure de la santé de la population

Tableau 2. Exemples de mesures de la santé de la population

Mesure	Site	Population	Source de données
Résultats de santé : Taux de mortalité infantile	Centre médical de l'Hôpital des enfants de Cincinnati et le bureau de santé néonatale et de réduction de mortalité des nourrissons (<i>Cincinnati Children's Hospital Medical Center and the Office of Maternal Infant Health & Infant Mortality</i>), ainsi que ses affiliés communautaires (Ohio)	Comté de Hamilton, Ohio	Département des statistiques vitales de santé d'Ohio (<i>Ohio Department of Health Vital Statistics</i>)
Résultats de santé : État de santé auto-déclaré par question unique	Partenariat avec le plan <i>Genesee Health Plan</i> (GHP) (Michigan)	Membres du GHP à faibles revenus, non-assurés	Sondage d'inscription des membres et de réinscription annuelle
Résultats de santé : États de santé/fonctionnel, état de risque	<i>Kaiser Permanente</i> (Californie)	Membres du <i>Kaiser Permanente</i>	« Évaluations complètes de santé » : des auto-évaluations remplies par les membres
Taux de maladies : Pourcentage de patients atteints de diabète (prévalence)	<i>CareOregon</i> (Orégon)	Membres du plan de santé	Dossier électronique de santé (<i>Electronic Health Record</i> ou EHR)
Taux de maladies : Pourcentage de nouveaux cas de diabète (incidence)	Unité de service de Chinle, Service de santé indien (<i>Chinle Service Unit, Indian Health Service</i>) (Arizona)	Bénéficiaires du service de santé indien	Données insérées automatiquement dans le système d'information de santé à partir du dossier électronique de santé (EHR)
Facteur physiologique : Pourcentage de patients à la tension élevée	Centre de soins <i>Martin's Point Health Care</i> (Maine)	Des patients actifs inscrits dans les centres <i>Martin's Point Health Care</i>	Les données de l'EHR recueillies durant la prise de tension lors de la dernière visite d'un patient ou d'une consultation à domicile, rapportage de la moyenne via la banque de données de <i>Martin's Point</i>
Facteurs comportementaux et physiologiques : Score d'évaluation de risque moyen de santé	Centre de soins <i>Bellin Health</i> (Wisconsin)	Les employés du <i>Bellin Health</i>	Évaluation annuelle des risques moyens de santé pour les employés, effectuée par le personnel des soins de santé à plusieurs endroits au cours d'une période définie
Facteurs comportementaux : Mesure de style de vie optimal	Plan de santé <i>HealthPartners</i> (Minnesota)	Membres du plan de santé	Évaluation annuelle de santé et sondage annuel de satisfaction

(comprend l'activité, l'alimentation, le tabagisme, la consommation d'alcool)			du plan de santé – inclut des questions visant à vérifier à tous les éléments composant un style de vie optimal
---	--	--	---

Conseils pour mesurer la santé de la population

Sources de données

- Les sources de données sur les décès utilisés par les sites de l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI comprennent les hôpitaux au sein d'un système intégré, les plans de la santé affiliés, l'administration de la sécurité sociale (*Social Security Administration*),¹⁴ des statistiques vitales spécifiques à 14 états américains, et les services de santé locaux.
- Pour mesurer l'état de santé auto-déclaré, certains sites dans l'initiative de prototypage du Triple Objectif ont inclus la question unique (ou courte série de questions) dans une évaluation des risques de santé, dans l'enquête existante de l'expérience des soins, ou dans celle faisant suite à une consultation. Certains se sont servi de la question unique comme un signe vital au stade de prestation des soins, à l'inscription et à la ré-inscription annuelle, ou dans des vœux d'anniversaire (appel téléphonique, carte postale ou courriel).
- Les sources de données sur l'incidence et la prévalence des maladies chroniques utilisées par les sites de l'initiative de prototypage du Triple Objectif comprennent des registres de gestion des maladies, des données de demandes d'indemnisation d'assurances, des données issues d'un dossier électronique de santé, des dossiers de santé, et des enquêtes auprès de la population.

Méthodes de mesure

Mesure des résultats de santé

1. Mortalité

- **Les années potentielles de vie perdues (APVP)** sont une mesure de la mortalité de la population qui exprime la somme des années de vie perdues dans une population en raison d'une mortalité prématurée.¹⁵ Par exemple, si l'objectif de l'espérance de vie d'une population est de 75 ans et que quelqu'un vit jusqu'à l'âge de 65 ans, il y a dix années potentielles de vie perdues. Les APVP sont la somme de ces mesures pour les personnes, pour une population, au cours d'une période donnée.
- **Les ratios standardisés de mortalité** sont les taux bruts de mortalité ajustés par la composition particulière de l'âge d'une population. Le calcul multiplie les taux réels spécifiques à l'âge de la population par la distribution de l'âge d'une population standard pour permettre des comparaisons.¹⁶
- **La mortalité évitable par des soins de santé** mesure les décès suite à certaines causes avant l'âge de 75 ans qui sont potentiellement évitables avec des soins de santé efficaces et en temps opportun.¹⁷
- La mesure de **l'espérance de vie** se base sur les mêmes taux sous-jacents de mortalité spécifiques à l'âge dans la population, mais utilise une grille de vie pour calculer les années prévues de vie restante à tout âge, en utilisant les taux de mortalité par âge actuels appliqués à un ensemble de prospectives hypothétiques.¹⁸ L'espérance de vie est

généralement rapportée par sexe, à la naissance et à l'âge 65 ans. Elle est considérée comme une mesure plus intuitive et significative de la mortalité par rapport aux autres mesures.

- Il faut considérer la taille de la population pour calculer des statistiques de mortalité pertinentes. Des années et/ou des âges multiples peuvent être agrégés. Ezzati et ses collègues ont calculé l'espérance de vie pour les comtés américains comptant des populations d'au moins 10 000 hommes et 10 000 femmes, regroupées sur cinq ans, pour obtenir des estimations stables de l'espérance de vie.¹⁹

2. État de santé et état fonctionnel

- **L'évaluation par question unique** ou de l'état de santé auto-perçu : « En général, diriez-vous que votre santé est [excellent, très bonne, bonne, passable, médiocre]? ». Voici la question sur l'état de santé la plus couramment utilisée dans les enquêtes du monde entier. Sa fiabilité et sa validité, y compris sa validité prédictive de la mortalité et son utilisation ont fait l'objet de nombreuses études.^{21,22}
- **L'évaluation multi-domaines** : L'une des évaluations multi-domaines les plus fréquemment utilisées dans les soins de santé américains est la *VR-12*, une évaluation de 12 points adaptée par l'administration américaine des anciens combattants à partir de la série originale SF d'évaluation de la santé.²² Elle s'étend à huit domaines de la santé (les perceptions générales de la santé, le fonctionnement physique, les limitations dues à des problèmes physiques et émotionnels, la douleur corporelle, l'énergie/la fatigue, le fonctionnement social et la santé mentale), et se résume en un score de la composante physique et un score de la composante mentale. La *VR-12* est comprise dans l'enquête de résultats de santé de *Medicare (Medicare Health Outcomes Survey)* et dans le cadre de prime à la qualité 'Stars' de *Medicare*.²³ Un autre exemple est le *PROMIS Global-10*, un instrument d'évaluation en 10 points qui fait partie de la banque *PROMIS* de mesures rapportées par les patients financée par l'Institut National de Santé américain (*National Institutes of Health*).²⁴

3. Espérance de vie en bonne santé

- Une mesure de santé plus large dans la liste de mesures du Triple Objectif est l'espérance de vie en bonne santé, une mesure combinée unique qui ajuste l'espérance de vie en fonction du niveau attendu de santé ou de fonctionnement au cours des années restantes de vie. De nombreux pays à travers le monde ont adopté cette mesure sommaire de la santé de la population au niveau national, bien que la mesure puisse être adaptée pour une utilisation dans des régions géographiques plus petites ou des systèmes de santé.²⁵

La mesure des taux de maladies

La prévalence d'une maladie chronique peut être calculée en utilisant le pourcentage de la population atteinte de la maladie par tranche d'âge (par exemple, les personnes âgées de 20 à 29 ans, de 30 à 39 ans, etc.). La prévalence peut ensuite être comparée au fil du temps par standardisation (autrement dit, adaptation en fonction de l'âge), en utilisant la taille de la population dans chaque tranche d'âge à partir de la première année. Les mesures sommaires des taux de maladies utilisées pour l'évaluation des risques et la modélisation prédictive sont également disponibles. Les exemples incluent l'indice Charlson de comorbidité (*Charlson Comorbidity Index* ou CCI) et des produits commerciaux comme les scores de risques DxCG et les groupes de risques d'épisodes (*Episode Risk Groups* ou ERGs).^{26, 27, 28}

La mesure des facteurs comportementaux et physiologiques

- Kottke et Isham recommandent que les plans de santé et les prestataires de services cliniques mesurent et déclarent les taux de cinq comportements : le tabagisme, l'activité physique, la consommation excessive d'alcool, la nutrition, et l'utilisation du préservatif par les jeunes sexuellement actifs.²⁹
- Les facteurs comportementaux sont régulièrement mesurés dans les enquêtes nationales et fédérales de santé telles que le système de surveillance des facteurs comportementaux à risque (*Behavioral Risk Factor Surveillance System* ou BRFSS), comprenant des données à l'échelle des comtés.³⁰
- De nombreux systèmes de santé utilisent des instruments d'évaluation des risques de santé, mis à leur disposition par des fournisseurs commerciaux variés, qui combinent des informations sur les comportements liés à la santé, les facteurs physiologiques et d'autres facteurs de risque, y compris certains des facteurs en amont représentés dans la figure 1, pour produire des résumés de risque global pour leurs populations. Certains de ces instruments comprennent aussi les mesures de l'autoévaluation de la santé et de l'état fonctionnel, en atteignant une évaluation plus complète de la santé totale.³¹

La mesure de l'expérience des soins

Tableau 3. Exemples de mesures de l'expérience des soins

Mesure	Site	Population	Source de données
Question d'ensemble « Comment va votre santé ? » (ajoutée en tant que question supplémentaire à l'enquête CAHPS des cliniciens et des groupes)	Centre de soins <i>Martin's Point Health Care</i> (Maine)	Patients actifs inscrits dans les centres de soins <i>Martin's Point Health Care</i>	Enquête menée par la Corporation Nationale de Recherche Picker (<i>NRC Picker</i>). Résultats synthétisés chaque trimestre à partir d'un échantillon aléatoire de patients. (Règles : le patient doit avoir eu une consultation pendant la période d'enquête, une seule enquête par ménage par trimestre, une enquête par an)
Pourcentage des patients qui recommanderaient les cliniques <i>HealthPartners</i>	<i>HealthPartners</i> (Minnesota)	Patients vus dans les cliniques <i>HealthPartners</i>	Sondage mené par NRC Picker, synthétisé tous les mois à partir d'un échantillon aléatoire de patients
Sur la base du tableau de bord sur les objectifs de l'IOM (efficacité clinique, mortalité hospitalière, sécurité, service,	<i>Kaiser Permanente</i> (Californie)	Membres du <i>Kaiser Permanente</i>	Données internes de performance avec des points de comparaison et référence externes : HEDIS, TJC, HSMR, CAHPS, HCAHPS, Milliman

gestion des ressources, équité)			
---------------------------------	--	--	--

Conseils pour la mesure de l'expérience des soins

Sources de données

- Les établissements participant à l'initiative de prototypage de Triple Objectif utilisent la question globale de l'évaluation par le consommateur des prestataires et systèmes de soins de santé (CAHPS) du Ministère américain de la Santé et des Services sociaux pour mesurer l'expérience du point de vue du patient.
- Un indice des mesures de la Banque de données d'efficacité et d'informations de la Santé (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set* ou HEDIS), ou les mesures de la Commission mixte (*The Joint Commission* ou TJC) peuvent être utilisés pour mesurer l'efficacité des soins.

Méthodes de mesure

- Le questionnaire « Comment va votre santé ? »³² contient l'option, pour une équipe de soins ou un employeur, de donner aux personnes un code d'accès à cette ressource en ligne qui permet l'agrégation des résultats pour les populations.
- Les sites devraient envisager de multiples domaines (par exemple, les six objectifs de l'IOM) dans l'élaboration d'une mesure de l'expérience des soins du point de vue du système de prestation de soins, plutôt que de se concentrer sur une seule dimension telle que l'efficacité.
- Certaines mesures fondées sur les objectifs de l'IOM utilisés par les sites de l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI pour mesurer l'expérience des soins du point de vue du système de prestation de soins sont: sûrs (effets indésirables), efficaces (ratio normalisé de mortalité à l'hôpital, un indice de mesures HEDIS, un indice des mesures de la Commission mixte), centrés sur le patient (la participation ou le niveau de confiance du patient), en temps opportun (accès), et efficaces (réadmissions). La stratification de ces mesures en fonction de la race et du sexe livre des mesures de soins équitables.
- Kottke et Isham recommandent l'ensemble suivant d'indicateurs, au niveau des comtés américains, de la performance du système de soins de santé : la couverture d'assurance, le taux de besoins médicaux, dentaires, et de médicaments non satisfaits, le taux de prestation de services de prévention, les taux de vaccination infantile, les taux d'hospitalisations évitables, et les disparités dans l'accès aux soins de santé liées à la race et au revenu (l'ensemble original comprenait deux mesures associées aux coûts, décrites ci-dessous).³³

La mesure du coût par habitant

Tableau 4. Exemples de mesures du coût par habitant

Mesure	Site	Population	Source de données
Coûts ajustés aux risques admis par le plan de santé par membre par mois	<i>HealthPartners</i> (Minnesota)	Membres du plan de santé	Données administratives : Admissibilité, demandes d'indemnisation médicale et de frais de pharmacie
Coûts ajustés aux risques du plan de santé par membre par mois	<i>Kaiser Permanente</i> (Californie)	Membres du plan de santé	Données internes du coût du plan de santé et du système de prestation des soins, scores de risque DxCG, points de référence des coûts Milliman
Coûts du plan de santé par mois	<i>Martin's Point Health Care</i> (Maine)	Membres du plan de santé	Données des demandes d'indemnisation rapportées via la banque de données du <i>Martin's Point</i>
Coût par employé par an	<i>Bellin Health</i> (Wisconsin)	Employés du <i>Bellin Health</i>	Données des demandes d'indemnisation fournies par un administrateur extérieur
Utilisation des services d'urgences par 1 000 membres	Partenariat avec le plan de santé <i>Genesee Health Plan</i> (GHP) (Michigan)	Membres du GHP à faibles revenus, non-assurés	Données des demandes d'indemnisation

Conseils pour mesurer le coût par habitant

Sources de données

- Les sites participant à l'initiative de prototypage du Triple Objectif ont réalisé que les demandes d'indemnisation des plans de santé et de l'assurance *Medicare* étaient une source essentielle de données.
- Pour les systèmes intégrés sans plan de santé, les sites travaillant avec le Triple Objectif ont utilisé les données disponibles au sein du système (l'hôpital, les services d'urgences et les soins primaires) et/ou issues de la collaboration avec les plans de santé affiliés, les organisations régionales d'information sur la santé (*Regional Health Information Organizations* ou RHIO), ou d'organismes de soins responsables.
- Les données sur les coûts pour les patients *Medicare* sont disponibles dans « l'Atlas Dartmouth des soins de santé » (*Dartmouth Atlas of Health Care*³⁴) qui rassemble les données de *Medicare* en attribuant les demandes d'indemnisation à des zones de services

hospitaliers ou des régions de référence hospitalières et non à des systèmes individuels de soins de santé.

- L'indice HEDIS contient des mesures d'utilisation relative des ressources axées sur cinq conditions à coût élevé pour les plans de santé.³⁵ Les mesures utilisent les coûts unitaires standards pour contrôler les différences de prix et ainsi faciliter les comparaisons et exclure certains coûts, tels que ceux du laboratoire et de radiologie, pour lesquels les tableaux de prix standards ne sont pas facilement disponibles.

Méthodes de mesure

- Le Forum National de la Qualité américain (*National Quality Forum* ou NQF) a approuvé les mesures de *HealthPartners* du coût total des soins et de l'utilisation des ressources.³⁶ L'approche utilise les coûts « admissibles » des systèmes de paiement des indemnités et le partage des coûts à la consommation pour tous les types de services de soins de santé. La méthode permet un calcul séparé d'un indice de coût total et de l'utilisation relative totale des ressources en agrégé et par condition.
- Certains sites travaillant avec le Triple Objectif s'appuient sur l'utilisation de l'hôpital et des services d'urgences pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA). Les CPSA sont « les conditions pour lesquelles un bon département de soins ambulatoires peut potentiellement prévenir la nécessité d'une hospitalisation ou pour lesquelles une intervention précoce peut prévenir des complications ou des maladies plus graves. » Une hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires a également un impact sur l'expérience des soins qu'a un individu. Les spécifications techniques sont disponibles auprès de l'Agence américaine de recherche et de qualité en soins de santé.³⁷
- Certaines communautés envisagent d'utiliser la mesure du rapport entre le coût moyen de la prime d'assurance santé d'une famille et le revenu moyen des ménages. À titre de comparaison, la valeur actuarielle devrait être utilisée pour normaliser les coûts des primes. La valeur actuarielle est une mesure du pourcentage de frais médicaux payés par un plan de santé.

Intégrer les mesures du Triple Objectif dans un système d'apprentissage

Comme l'illustrent les exemples ci-dessus, de nombreuses options sont disponibles pour mesurer les trois domaines du Triple Objectif. Certains établissements participant à l'initiative de prototypage du Triple Objectif de l'IHI — comme *Martin's Point Health Care*, *HealthPartners*, *Kaiser Permanente* et *CareOregon* — ont développé un bon ensemble de mesures du Triple Objectif pour leurs populations définies. Parmi les défis à venir, on distingue l'augmentation de la capacité des collectivités à utiliser les sources de données disponibles pour le public (nationales et locales), complétées par des données générées dans les systèmes de soins de santé à partir des dossiers électroniques de santé et des registres, pour élaborer des mesures pour leur région, et la production par les organismes et les communautés, au fil du temps, de données sur leurs mesures pour surveiller leurs niveaux de performance. Les organismes et communautés poursuivant le Triple Objectif doivent aussi intégrer leurs mesures dans un système d'apprentissage pour renforcer l'amélioration simultanée de la santé de la population, de l'expérience des soins et du coût par habitant.

Un système d'apprentissage est un ensemble d'éléments interdépendants visant à construire et à utiliser les savoirs. Pour les initiatives d'amélioration comme le Triple Objectif, le nouveau savoir sert à développer et à adapter des changements pour améliorer les performances. La fondation du système d'apprentissage consiste en les mesures de résultats de la population décrites précédemment. Les objectifs doivent établir « quel niveau d'amélioration, dans quels délais » pour ces mesures. Par exemple, une organisation ou une communauté peuvent se fixer l'objectif de maintenir l'augmentation des coûts par habitant pour une population inférieure à l'augmentation de l'indice des prix à la consommation (*Consumer Price Index*) pour les deux prochaines années, ou de diminuer les années potentielles de vie perdues dans une communauté de 15 pour cent d'ici à 2015. Pour atteindre ces objectifs, l'organisation ou la communauté doivent opérer des changements.

Nous avons pu observer qu'aucun projet de changement ou d'amélioration mis en œuvre dans les organisations de soins de santé et dans les communautés ne permettra à lui seul d'atteindre les objectifs fixés pour les trois domaines du Triple Objectif. Plusieurs modifications contenues dans une série de projets sont nécessaires. Alors que les organisations et les communautés testent les modifications et les étendent à la population, l'apprentissage sera guidé par des mesures établies pour chaque projet. Par exemple, un projet visant à réduire les hospitalisations pour une population de personnes âgées de plus de 65 ans pourrait avoir comme projet clé de mesurer le taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires ; un projet visant à réduire la prévalence du tabagisme pourrait surveiller le nombre de personnes qui terminent un cours de sevrage tabagique comme mesure du processus, et le pourcentage qui a arrêté de fumer comme mesure des résultats. L'un et l'autre de ces projets auront un impact sur les mesures des résultats de la population pour le coût et la santé. La structure d'un système d'apprentissage est donc la connexion entre les projets, les mesures du projet, et les mesures de résultats de la population. Cette connexion s'illustre dans un exemple provenant de *CareOregon*, un plan de santé sans but lucratif au service des bénéficiaires de *Medicaid* et de *Medicare* dans l'Oregon (voir tableau 5). *CareOregon* a deux principales initiatives pour le Triple Objectif : la gestion de cas pour les patients socialement complexes, et la transformation des soins primaires.³⁸ *CareOregon* a établi plusieurs projets pour chacune de ces initiatives. L'exemple ne vise pas à définir un ensemble idéal de mesures ou de projets, mais à mettre en évidence les liens entre eux.

À des fins d'illustration dans cet exemple, les projets sont associés à la santé de la population, à l'expérience des soins ou au coût par habitant. En réalité, chaque projet retenu aura souvent un effet sur la mesure des résultats de la population pour deux domaines du Triple Objectif, et probablement pas pour les trois ensembles. Par exemple, l'amélioration du taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires ou de la sur utilisation de services à faible valeur³⁹ pourrait avoir un impact à la fois sur le coût par habitant et l'expérience des soins.

Tableau 5. Intégration des mesures de résultats de la population, des projets et des mesures des projets : Exemple d'un système d'apprentissage selon le Triple Objectif à CareOregon

Domaine du Triple Objectif de l'IHI	Mesures des résultats	Projets	Mesures des projets
Santé de la population	Scores d'évaluation du risqué de santé total	Programme de soins de récupération pour les patients sans abri	Nombre de patients inscrits au programme de soins de récupération
		Programme proactif d'interventions médicales de rue pour les patients à haut risque et inscription à des programmes de gestion de cas complexe	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients assistés dans le programme de gestion de cas complexe • Pourcentage de patients à haut risque ayant des limitations fonctionnelles définies par le EQ-5D
		Programmes de soins des douleurs chroniques	Nombre de membres inscrits au programme de soins des douleurs chroniques
Expérience des soins	Score global des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Inscription aux soins primaires • Programmation de l'accès avancé 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'inscriptions et de continuité des soins primaires • Délai jusqu'au troisième rendez-vous disponible
	Indice HEDIS de l'efficacité des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures cliniques transparentes au niveau des inscriptions • Normes cliniques et stratégies de fiabilité des maladies chroniques • Programmes de gestion des maladies et formation du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de bord des mesures HEDIS par équipe • Charge de travail de gestion des soins des maladies chroniques par directeur de soins • Pourcentage de patients inscrits aux programmes de gestion des maladies chroniques contactés au moins une fois tous les 45 jours
Coût par habitant	Coûts du plan de santé par membre par mois	Équipes d'intervention basées dans la communauté pour les membres à coût élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen de membres sensibilisés par mois par équipe • Nombre moyen de membres contactés par mois
	Coûts et taux d'utilisation hospitaliers	Suivi des soins de transition	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de réadmissions • Taux d'hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires • Nombre de jours écoulés entre la décharge et le rendez-vous de suivi avec un médecin de soins primaires
	Coûts et taux d'utilisation des services d'urgences	Intervention des urgences via les soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Délai jusqu'au troisième rendez-vous disponible ou pourcentage d'accès le jour-même • Taux des services d'urgences spécifiques à la clinique

Un système d'apprentissage doit inclure une approche structurée de surveillance. Les personnes impliquées dans la supervision devraient surveiller régulièrement l'avancement des travaux d'amélioration et déterminer si l'amélioration observée dans les mesures des projets a un effet sur les mesures des résultats de la population. Si les mesures des résultats de la population ne s'améliorent pas pendant que les mesures des projets s'améliorent, les établissements doivent envisager de rééquilibrer la série de projets.

Conclusion

Une grande partie des données nécessaires pour mesurer la santé de la population, l'expérience des soins et le coût par habitant sont disponibles, mais il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour rendre plus facile l'accès aux données. Les organisations américaines d'amélioration de la qualité (*Quality Improvement Organizations* ou QIO) jouent un rôle important en mettant les données de *Medicare* à la disposition des régions en temps opportun et sous forme utilisable (comme le font les états pour les données *Medicaid*), et devraient envisager d'inclure cette responsabilité dans les contrats de QIO. Les entités publiques et les systèmes de prestation de soins de santé peuvent former des collaborations régionales (par exemple, les organisations régionales d'information de santé) pour partager les données disponibles. Le Ministère américain de la Santé et des Services Sociaux facilite ces échanges par son soutien du programme communautaire *Beacon Community Program* et du programme fédéral d'échange d'informations de santé (*State Health Information Exchange Program*).

Guidés par le menu de mesures dans le tableau 1, les organismes peuvent commencer à sélectionner les mesures de résultats du Triple Objectif en explorant les sources de données disponibles pour la population identifiée. Ils peuvent affiner les mesures qu'ils ont choisies au début et les améliorer au fil du temps. Par exemple, un établissement qui, initialement, mesure le pourcentage de sa population ayant une tension élevée, pourrait décider de mesurer un résultat de santé tel que l'état de santé auto-évalué en incluant une question unique d'auto-déclaration de l'état de santé dans une enquête existante.

Le fait d'organiser des structures permet également aux organismes de comprendre les mesures nécessaires pour se conformer à de nombreuses exigences de rapportage. Deux concepts clés peuvent servir : les trois domaines du Triple Objectif et la hiérarchie des mesures illustrée par le lien entre les mesures des résultats de la population et les mesures des projets. Cette connexion entre les mesures des résultats de la population, des projets et des mesures des projets, constitue la structure d'un système d'apprentissage nécessaire pour poursuivre avec succès le Triple Objectif (voir le tableau 5). Les organismes et les communautés peuvent utiliser ce cadre de mesure pour assumer pleinement la responsabilité de la santé, de l'expérience des soins et du coût par habitant pour les populations qui dépendent d'eux.

Bibliographie

- 1 Berwick D, Nolan T, Whittington J. The Triple Aim: Care, cost, and quality. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-769.
- 2 *Guidance for Measure Testing and Evaluating Scientific Acceptability of Measure Properties*. National Quality Forum. http://www.qualityforum.org/Publications/2011/01/Measure_Testing_Task_Force.aspx.
- 3 Billheimer LT. Evaluating metrics to improve population health. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A69. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0016.htm.
- 4 Pestronk RM. Using metrics to improve population health. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A70. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0018.htm.
- 5 Jacobson DM, Teutsch S. *An Environmental Scan of Integrated Approaches for Defining and Measuring Total Population Health by the Clinical Care System, the Government Public Health System, and Stakeholder Organizations*. National Quality Forum; Juin 2012.
- 6 Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 2009.
- 7 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- 8 Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*. 1990;31(12):1347-1363.
- 9 County Health Rankings and Roadmaps. University of Wisconsin Population Health Institute, Robert Wood Johnson Foundation. <http://www.countyhealthrankings.org>.
- 10 *CAHPS Pocket Reference Guide for Adult Surveys*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://cahps.ahrq.gov/consumer-reporting/measures/>.
- 11 How's Your Health. <http://www.howsyourhealth.org/>.
- 12 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- 13 *AQA Principles of "Efficiency" Measures*. AQA Alliance. <http://www.aqaalliance.org/files/PrinciplesofEfficiencyMeasurement.pdf>.
- 14 Social Security Administration's Death Master File. US Department of Commerce, National Technical Information Service. <http://www.ntis.gov/products/ssa-dmf.aspx>.
- 15 Dranger E, Remington P. *YPLL: A Summary Measure of Premature Mortality Used in Measuring the Health of Communities*. University of Wisconsin Public Health and Health Policy Institute Issue Brief. 2004 octobre;5(7):1-2. <http://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/issue-briefs/issueBriefv05n07.pdf>.
- 16 World Health Organization. Age-standardized mortality rates by cause (per 100 000 population). <http://apps.who.int/gho/data/node.main.12?lang=en>.

- 17 Schoenbaum S, Schoen C, Nicholson J, Cantor J. Mortality amenable to health care in the United States: The roles of demographics and health systems performance. *Journal of Public Health Policy*. 2011;32:407-429.
- 18 Anderson RN. A method for constructing complete annual US life tables. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. 2000;(129):1-28.
- 19 Ezzati M, Friedman AB, Kulkarni SC, Murray CJ. The reversal of fortunes: Trends in county mortality and cross-county mortality disparities in the United States. *PLoS Medicine*. 2008;5(4):e66.
- 20 DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21:267-275.
- 21 DeSalvo KB, Fan VS, McDonnell MB, Fihn SD. Predicting mortality and healthcare utilization with a single question. *Health Services Research*. 2005 août;40(4):1234-1246.
- 22 Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
- 23 Medicare Health Outcomes Survey. Centers for Medicare & Medicaid Services, Health Services Advisory Group. <http://www.hosonline.org/Content/Default.aspx>.
- 24 PROMIS. National Institutes of Health. <http://www.nihpromis.org/>.
- 25 Stiefel M, Perla R, Zell B. A healthy bottom line: Healthy life expectancy as an outcome measure for health improvement efforts. *The Milbank Quarterly*. 2010;88(1):30-53.
- 26 Charlson M, Pompei P, Alex K, MacKenzie C. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Disease*. 1987;40(5):373-383.
- 27 Sightlines DxCG Risk Solutions. Verisk Health. <http://www.veriskhealth.com/content/verisk-health-sightlines-dxcg-risk-solutions>.
- 28 Symmetry Episode Risk Groups. Ingenix. https://etg.optum.com/~media/Ingenix/Resources/White%20Papers/Symmetry_ERG_70_WhitePaper.pdf.
- 29 Kottke TE, Isham GJ. Measuring health care access and quality to improve health in populations. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A73. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/09_0243.htm.
- 30 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Centers for Disease Control and Prevention, Office of Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services. <http://www.cdc.gov/brfss/>.
- 31 Oremus M, Hammill A, Raina P. *Health Risk Appraisal*. Technology Assessment Report. McMaster University Evidence-Based Practice Center. Prepared for Agency for Healthcare Research and Quality; Juillet 2011. <http://www.cms.gov/Medicare/Coverage/DeterminationProcess/downloads/id79ta.pdf>.
- 32 How's Your Health. <http://howyourhealth.org/>.
- 33 Kottke TE, Isham GJ. Measuring health care access and quality to improve health in populations. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A73. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/09_0243.htm.
- 34 *The Dartmouth Atlas of Health Care*. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. <http://www.dartmouthatlas.org/>.

- ³⁵ *New HEDIS® Measures Allow Purchasers, Consumers to Compare Health Plans' Resource Use in Addition to Quality.* [News Release]. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 22 février 2006.
<http://www.businesswire.com/news/home/20060222005799/en/CORRECTING-REPLACING-HEDIS-Measures-Purchasers-Consumers-Compare>.
- ³⁶ HealthPartners Total Cost of Care and Resource Use (TCOC).
<http://www.healthpartners.com/tcoc>.
- ³⁷ National Quality Measures Clearinghouse. Agency for Healthcare Research and Quality.
<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=47604>.
- ³⁸ Craig C, Eby D, Whittington J. *Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs.* IHI White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHICareCoordinationModelWhitePaper.aspx>.
- ³⁹ Baker DW, Qaseem A, Reynolds P, Gardner LA, Schneider EC. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Annals of Internal Medicine.* 30 octobre 2012.

Annexe A : Principes de mesure

Billheimer a énoncé plusieurs questions sur la structure et la fonction des mesures qui s'appliquent à la mesure du Triple Objectif.

- Les mesures sont-elles capables d'être actionnées ?
- Les mesures sont-elles réactives aux interventions ?
- Les mesures sont-elles touchées par la migration de la population ?
- Les mesures sont-elles facilement compréhensibles par les organisations, les décideurs et le public qui collaborent ?
- La signification d'une augmentation ou d'une diminution dans une mesure est-elle sans équivoque ?
- Les mesures sont-elles autonomes ou sont-elles regroupées en un indice ou une synthèse de mesures ?
- Les mesures sont-elles uniformes dans l'ensemble des collectivités ?
- À quel degré les mesures rendent-elles compte des disparités ainsi que des taux globaux ?
- Les conséquences imprévues peuvent-elles être suivies ?

Source: Billheimer LT. Evaluating metrics to improve population health. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A69. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0016.htm.

Pestronk suggère un ensemble connexe de caractéristiques des mesures idéales applicables au Triple Objectif.

- Simples, réactives, robustes, crédibles, impartiales, capables d'être actionnées et représentatives des valeurs de la communauté
- Valables et fiables, faciles à comprendre et acceptées par ceux qui les utilisent et qui font l'objet de leur mesure
- Utiles dans la durée et pour des populations définies selon la géographie, l'adhésion, ou démographiquement spécifiques
- Vérifiables indépendamment de l'entité qui est mesurée
- Politiquement acceptable
- Sensibles au changement en réaction à des facteurs qui peuvent influencer sur la santé de la population pendant la période où l'incitation est offerte
- Sensibles au niveau et à la répartition de la santé dans une population
- Réactives à des exigences de preuve de l'amélioration de la santé de la population en mesurant des échantillons de taille importante

Source : Pestronk RM. Using metrics to improve population health. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A70. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/10_0018.htm.

Annexe B : Présentation détaillée de la liste de mesures des résultats du Triple Objectif et glossaire des sources de données

Une description plus détaillée des mesures des résultats du Triple Objectif dans la liste du tableau 1, y compris des sources de données et des exemples, est incluse dans la présente annexe.

Remarque : Les mesures décrites ci-dessous peuvent être utilisées par la plupart des entités (par exemple, les plans de santé, les systèmes hospitaliers, les entités de services sociaux et les communautés) tant qu'elles sont appliquées à une population définie.

La mesure de la santé de la population

Mesure et définition	Sources de données	Notes et références
<p>1. Résultats de santé</p> <p>A. Mortalité</p> <p>A1. Espérance de vie : Nombre moyen d'années de vie restantes à un âge donné si les taux spécifiques de mortalité en cours continuent de s'appliquer. Les calculs requièrent le nombre de décès et le nombre de la population pour chaque âge ou tranche d'âge. Cette information est présentée dans une grille de vie.</p> <p>A2. Années potentielles de vie perdues (APVP) : une mesure de la mortalité prématurée calculée en agrégeant, pour une population dans une année donnée, la différence entre l'âge au décès et l'objectif d'espérance de vie standard (généralement, 75 ans). Les APVP sont souvent standardisées par 1 000 ou 100 000 membres d'une population de moins de 75 ans et ajustées par âge.</p> <p>A3. Ratio normalisé de mortalité : ratio des décès observés et des décès attendus. Calcul des décès attendus sur la base d'une population standard et ajustés selon la norme en fonction de l'âge et du sexe.</p>	<p>L'espérance de vie est consultable par comté dans les indicateurs d'état de santé de la communauté du Ministère américain de la Santé et des Services Sociaux (<i>US Department of Health and Human Services Community Health Status Indicators</i> ou CHSI), sur la base des données de 2006.</p> <p>L'initiative de santé de la communauté <i>Mobilizing Action Toward Community Health</i> (http://www.countyhealthrankings.org) comprend les APVP pour les comtés américains sur la base des données récoltées pendant 3 ans. Les classements de 2011 utilisent les données du centre national de statistiques de la santé (<i>National Center for Health Statistics</i> ou NCHS) pour 2005-2007.</p> <p>Voici quelques sources potentielles de données sur les décès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hôpitaux au sein d'un système intégré • Les plans de santé affiliés • L'administration de la sécurité sociale (http://www.ntis.gov/products/ssa-dmf.aspx) • Les autorités locales de la santé 	<p>Il est nécessaire de tenir compte de la taille de la population pour calculer des statistiques pertinentes de mortalité. Des années ou des âges multiples peuvent être agrégés.</p> <p>L'espérance de vie est la mesure de la mortalité la plus intuitive et significative. L'ajustement en fonction de l'âge est intégré dans la mesure, mais requiert une population relative stable. Les APVP sont faciles à comprendre, toutefois elles ne comptent pas les années vécues au-delà de l'objectif. Les données brutes de mortalité ne sont généralement pas recommandées car les différences ou changements dans les facteurs de risque sous-jacents, tels que l'âge, n'y sont pas pris en compte. D'autres mesures de la mortalité incluent la mortalité infantile et la « mortalité évitable par des soins de santé », qui mesure les décès de certaines causes potentiellement évitables avec des soins de santé efficaces et administrés en temps opportun.</p> <p>Le manuel de méthodes de recherche en santé (<i>Handbook of Health Research Methods</i> (2005)) : « Au cours d'une méta-analyse, on a découvert une relation statistiquement significative entre la question unique d'auto-évaluation de la santé et le risque de décès. Cette relation s'est maintenue dans les études avec un suivi de longue durée pour les hommes et les femmes, indépendamment de leur pays d'origine. Il est possible que l'association se produise parce l'auto-évaluation de la santé sert d'intermédiaire important pour l'ensemble de variables communes destinées à prédire les besoins en santé et en ressources. » (Source : Bowling A, Ebrahim S (éd.). <i>Handbook of Health Research Methods</i>. Open University Press; 2005.)</p>

La mesure de la santé de la population (suite)

Mesure et définition	Sources de données	Notes et références
<p>1. Résultats de santé (suite)</p> <p>B. États de santé/fonctionnel (auto-déclaré)</p> <p>B1. État de santé évalué par question unique : réponse à la question : « Diriez-vous que d'une manière générale, votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise ? »</p> <p>B2. États de santé/fonctionnel multi-domaines : SF-12 ou 36; FHS-6; CDC HRQOL-14</p> <p>B3. États de santé/fonctionnel basés sur les services de santé :</p> <p>Indice des services de santé (Health Utilities Index), EuroQol EQ-5D, SF-6D (convertit les scores en scores des services 0-1 sur la base des préférences sociétales, couramment utilisé pour mesurer les années de vie ajustées en fonction de la qualité (QALY utilisé en analyse et en recherche économiques)</p> <p>Remarque : L'espérance de vie en bonne santé combine l'espérance de vie et le statut de santé en une seule mesure, ce qui reflète les années restantes de vie en bonne santé (http://reves.site.ined.fr/en/DFLE/definition/).</p>	<p>La question unique fait partie de nombreux instruments de sondage, dont les CDC HRQOL-4. HRQOL-4 (http://www.cdc.gov/hrqol/hrqol14_measure.htm), dans le système de surveillance des facteurs de risque comportementaux du CDC (BRFSS) (http://www.cdc.gov/brfss), dans l'enquête américaine <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (NHANES), l'enquête de résultats de santé de <i>Medicare</i> (HOS), les enquêtes d'expérience des soins CAHPS et HCAHPS, le sondage général des ménages au Royaume-Uni (<i>UK General Household survey</i>), ainsi que dans de nombreuses enquêtes de propriété comme le SF-12.</p> <p>Les Statistiques sur le Revenu et l'Enquête sur les Conditions de Vie de l'Union Européenne contiennent aussi une question sur les limitations causées par un problème de santé.</p> <p>L'initiative <i>Mobilizing Action Toward Community Health</i> (http://www.countyhealthrankings.org) utilise une moyenne pondérée de la mortalité et 4 mesures de morbidité : l'état de santé auto-déclaré, les jours de mauvaise santé physique et mentale dans les 30 derniers jours du BRFSS, et le poids faible à la naissance du Centre américain des statistiques de santé (<i>National Center for Health Statistics</i> ou NCHS)</p>	<p>Options de collecte des données sur l'état de santé auto-déclaré :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclure la question dans l'évaluation des risques de santé • Inclure la question dans des sondages d'expérience des soins • Signe vital au point d'administration des soins ou enquête post-consultation • Lors de l'inscription et suivi annuel à la réinscription ou lors de vœux d'anniversaire (appel téléphonique, carte postale ou courriel) <p>HLE : Un tableau Excel est disponible pour les calculs (méthode Sullivan) de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans invalidité (http://reves.site.ined.fr/en/resources/computation_online/sullivan/).</p> <p>Référence : Kindig D, Asada Y, Booske B. A population health framework for setting national and state health goals. <i>JAMA</i>. 7 mai 2008;299(17):2081-2083.</p>

La mesure de la santé de la population (suite)

Mesure et définition	Sources de données	Notes et références
<p>2. Les taux de maladies</p> <p>A. Incidence et/ou prévalence des maladies chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Incidence : taux annuel ou âge moyen d'apparition des maladies identifiées ○ Prévalence : pourcentage d'une population présentant les maladies identifiées <p>B. Scores de modèles prédictifs : La modélisation mathématique est utilisée avec des entrées telles que le diagnostic et les données des demandes d'indemnisation pour segmenter une population selon les résultats tels que la probabilité d'hospitalisation, la mortalité, l'utilisation des ressources et le coût. (Remarque : Relation avec le domaine du coût par habitant du Triple Objectif)</p>	<p>Voici quelques sources potentielles de données sur l'incidence et/ou la prévalence des maladies chroniques : les registres de gestion de la maladie, les données des demandes d'indemnisation, les données des dossiers électroniques de santé, les dossiers médicaux, les sondages de la population.</p>	<p>La prévalence ajustée selon l'âge d'une maladie chronique importante (le diabète, par exemple) peut être calculée et comparée au fil du temps en utilisant le pourcentage de la population atteint de la maladie par tranches d'âge (par exemple, 20-29 ans, 30-39 ans, etc.) normalisé pour la taille de la population des tranches d'âge pour la première année.</p> <p>L'indice <i>Gallup-Healthways</i> a représenté les taux de maladies en surveillant la prévalence d'affections pathologiques (0, 1 à 3 affections, 4 ou plusieurs affections) dans une population. Il livre une liste des affections qui comprend l'hypertension artérielle, le diabète, la dépression, la douleur et le cancer.</p> <p>Les DxCG, ACG et ERG sont des exemples de modèles prédictifs. Les comparaisons des scores de modèles prédictifs peuvent s'effectuer au fil du temps par standardisation en utilisant la taille initiale de la population dans les différentes catégories de risque (par exemple, en bonne santé, à risque, chronique simple et complexe).</p>
<p>3. Facteurs comportementaux et physiologiques</p> <p>Les facteurs comportementaux comprennent le tabagisme, la consommation d'alcool, l'activité physique et l'alimentation. Les facteurs physiologiques comprennent la tension artérielle, l'indice de masse corporelle, le cholestérol et la glycémie.</p>	<p>Une évaluation des risques de la santé (HRA) est un questionnaire qui permet la catégorisation des personnes selon leur niveau de risque, basée sur une série de facteurs de risque comportementaux ou sur la biométrie. Des évaluations de ce type sont disponibles dans le commerce. Exemples : <i>Healics</i> (http://www.healics.com/) <i>HealthMedia</i> (http://www.healthmedia.com/index.htm)</p> <p>Une HRA disponible dans le domaine public, <i>Trustees of Dartmouth College: HowsYourHealth</i> http://www.howsyourhealth.org.</p> <p>Le système de surveillance des facteurs de risques comportementaux BRFSS dispose d'informations sur les déterminants de la santé : l'obésité, la consommation d'alcool, le tabagisme, ainsi que des comparaisons avec les groupes de pairs. Cependant, le système ne représente qu'un petit échantillon aléatoire d'un état ou d'un comté américain.</p>	<p>Bien qu'une HRA se concentre principalement sur les facteurs comportementaux plutôt que sur les résultats de santé, ces déterminants sont des indicateurs clés des résultats de santé. Les scores peuvent être agrégés sur plusieurs questions pour former un indice ou le pourcentage de la population dans les différentes catégories en fonction des risques. Ils peuvent être calculés et comparés au fil du temps. En outre, une HRA contient souvent des questions sur l'état de santé ou l'état fonctionnel qui peuvent être utilisées séparément en tant que mesures de la santé.</p> <p>L'Institut de Dartmouth et l'Université de Washington développent actuellement une HRA qui sera disponible dans le domaine public. Une HRA est également en développement pour les inscrits à <i>Medicare</i> dans le cadre d'une nouvelle « Consultation Bien-être » annuelle (<i>Annual Wellness Visit</i>, section 4103 du 'Affordable Care Act' américain).</p>

La mesure de l'expérience des soins

Mesure et définition	Sources de données	Notes et références
<p>1. Questions globales sur l'expérience issues des enquêtes auprès des patients, des membres ou de la population</p> <p>A. Sondage américain du CAHPS (HHS / AHRQ) Le sondage HP-CAHPS des plans de santé comprend quatre questions globales d'expérience, y compris: « Sur une échelle de 0 à 10, 0 représentant les pires soins de santé possible et 10 les meilleurs soins de santé possible, quel nombre utiliseriez-vous pour qualifier tous vos soins de santé au cours des 12 derniers mois ? ». Les questions globales comprennent aussi l'expérience avec le médecin personnel, le spécialiste, et le plan de santé.</p> <p>B. La question globale du sondage « Comment va votre santé ? » (<i>How's Your Health ?</i>): « En considérant vos soins de santé, à quel point êtes-vous d'accord ou en désaccord avec cette affirmation : « Je reçois exactement ce que je veux et ce dont j'ai besoin, au moment précis où je le veux et en ai besoin, de la manière exacte que je veux et nécessite ».</p> <p>C. Questions d'expérience du programme World Class Commissioning du NHS britannique (WCC) ou de la <i>CareQuality Commission</i></p> <p>D. Questions globales clés issues d'un sondage des patients (par exemple, la probabilité de recommandation)</p>	<p>Les résultats du HP-CAHPS (enquête des plans de santé) sont disponibles pour les participants individuels (https://cahps.ahrq.gov/).</p> <p>Les résultats du H-CAHPS (enquête des hôpitaux) sont disponibles au public (http://www.hospitalcompare.hhs.gov/).</p> <p>L'enquête « Comment va votre santé ? » (<i>How's Your Health ?</i>) (http://www.howsyourhealth.org), contient l'option, pour une équipe de soins ou un employeur, de donner aux personnes un code d'accès à cette ressource en ligne qui permet l'agrégation des résultats pour les populations.</p> <p>Les enquêtes sur l'expérience des patients utilisées dans votre organisation ou région.</p>	<p>L'enquête <i>How's Your Health ?</i> a également été incluse comme HRA disponible au public.</p> <p>L'ouvrage du NHS ? <i>WCC Assurance Handbook</i> (page 72) contient, dans la section 'Planned Care' (« Soins programmés »), des questions sur l'expérience (http://www.vision2020uk.org.uk/core_files/Assurance%20handbook.pdf)</p> <p><i>CareQuality Commission</i> (http://www.cqc.org.uk/public/reports-surveys-and-reviews/surveys).</p> <p>D'autres combinaisons de mesures de la fidélité se trouvent dans la rétention (par exemple, dans un plan de santé ou cabinet de soins primaires) et des questions sur la satisfaction globale et la probabilité de recommandation. (Source: Wilburn W. <i>Managing the Customer Experience</i>. ASQ Quality Press; 2007.)</p>
<p>2. Ensemble de mesures de l'expérience des soins basées sur des dimensions clés</p> <p>Par exemple, un tableau de bord créé à partir des objectifs d'amélioration de l'<i>Institute of Medicine</i> (IOM) américain qui ont un impact sur l'expérience de soins de santé d'un individu : des soins sûrs, efficaces, rapides, effectifs, équitables, centrés sur le patient.</p>	<p>De nombreuses données devraient être disponibles dans le système de soins de santé (par exemple, la direction du département clinique).</p> <p>Ratio normalisé de mortalité hospitalière (RNMH) du Dr Foster (http://www.drfoosterhealth.co.uk/features/what-are-hospital-standard-mortality-ratios.aspx).</p> <p>Résumés de données disponibles dans les bases de données telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparateur d'hôpital HHS (<i>HHS Hospital Compare</i>) — données de Medicare (http://www.hospitalcompare.hhs.gov/) • Le contrôle de qualité de la Commission mixte (http://www.qualitycheck.org/Consumer/SearchQCR.aspx) • Banque de données d'efficacité et d'informations de la Santé (HEDIS) (http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx) 	<p>Quelques exemples de mesures basées sur des objectifs de l'IOM sont des soins : sûrs (effets indésirables), efficaces (ratio normalisé de mortalité à l'hôpital, un indice de mesures HEDIS, un indice des mesures de la Commission mixte), centrés sur le patient (la participation ou le niveau de confiance du patient), en temps opportun (accès), et efficaces (réadmissions). La stratification de ces mesures en fonction de la race et du sexe livre des mesures de soins équitables.</p>

La mesure du coût par habitant

Mesure et définition	Sources de données	Notes et références
<p>1. Coût total par membre (ou citoyen) de la population par mois</p> <p>Les coûts totaux, et les coûts par type de service (patients hospitalisés et externes, pharmacie, accessoires, etc.) chaque mois pour une population, divisés par le nombre de personnes dans la population</p>	<p>Les demandes d'indemnisation ou les données des dossiers électroniques de santé des plans de santé et d'assurance-maladie sont une source importante de données. Voici quelques sources potentielles pour les systèmes intégrés sans plan de santé : les données disponibles au sein du système (hôpital, service des urgences, soins primaires) et/ou collaboration avec les plans de santé affiliés, l'Organisation régionale de l'information de la santé (RHIO), ou des organisations de soins responsables.</p>	<p>Systèmes qui desservent une population définie et incluent un plan de santé ou entité d'assurances devraient être en mesure de calculer le coût par membre par mois (PMPM).</p>
<p>2. Taux d'utilisation de l'hôpital et du service des urgences</p> <p>Nombre total d'hospitalisations et de visites au service des urgences chaque mois pour une population, divisé par le nombre total de personnes dans la population, généralement exprimé en taux par 1 000</p>	<p>Sources de données similaires à celles de la section précédente.</p> <p>La Banque de données d'efficacité et d'informations de la Santé (HEDIS) américaine contient des mesures d'utilisation relative des ressources axées sur six affections à coût élevé pour les plans de santé. Les domaines d'utilisation des ressources englobent l'hospitalisation des patients, l'évaluation et la gestion, la chirurgie et les procédures, et la pharmacie.</p>	<p>Le coût pour les hospitalisations et les visites aux services d'urgences peut être déterminé en multipliant le nombre de chacune par des coûts unitaires standard.</p> <p>Une bonne mesure en vue de l'amélioration est l'utilisation de l'hôpital et des services d'urgences pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA). Les CPSA sont « les conditions pour lesquelles un bon département de soins ambulatoires peut potentiellement prévenir la nécessité d'une hospitalisation ou pour lesquelles une intervention précoce peut prévenir des complications ou des maladies plus graves. » (Source: AHRQ, 2004 – voir ci-dessous).</p>

Références concernant les conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) :

- *AHRQ Quality Indicators—Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revision 3. (9 janvier 2004). AHRQ Pub. No. 02-R0203.
- *AHRQ Prevention Quality Indicators (PQI): Technical Specifications*. (V3.1 Mars 2007). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

La méthode de calcul de taux de CPSA par 100 000 membres/mois de *CareOregon* : Exécuter l'algorithme de CPSA (fiche technique) sur les données des demandes d'indemnisation des patients hospitalisés pour une certaine période de temps. Les codes CIM-9 et DRG sont utilisés pour déterminer si la visite répond aux critères d'une visite de PQI (*Prevention Quality Indicators* ou « Indicateurs de qualité de prévention »). La mesure globale de PQI n'inclut pas deux mesures : l'appendicite et les bébés de faible poids à la naissance (ceux-ci ont leurs propres dénominateurs : le nombre d'appendicite et le nombre de naissances). Si une admission à l'hôpital présente de multiples mesures PQI, elle est comptée comme une seule. Le nombre de membres/mois inscrits au plan est basé sur les données d'inscription pour la même période.

Glossaire des sources de données de mesure du Triple Objectif

Une liste alphabétique et une brève description des sources de données pour certaines des mesures les plus couramment utilisées abordés dans ce White Paper visant à mesurer le Triple Objectif : la santé de la population, l'expérience des soins et le coût par habitant.

BRFSS (*Behavioral Risk Factor Surveillance Survey*) : Enquête de surveillance des facteurs de risque comportementaux des centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies (*Centers for Disease Control and Prevention*), contient des données au niveau des comtés américains sur les indicateurs de santé. <http://www.cdc.gov/brfss>

CAHPS (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) : Évaluation par le consommateur des prestataires et systèmes de soins de santé du Ministère américain de la Santé et des Services sociaux. Comprend des enquêtes pour différentes populations : sur les plans de santé (HP), les hôpitaux (H) et les cliniciens et le groupe (CG). <https://www.cahps.ahrq.gov>

Community Commons (ou Réseau des communautés) : Une plateforme interactive de cartographie, de réseautage et d'apprentissage pour le mouvement des communautés saines. Le réseau offre plus de 7 000 strates de données graphiques à l'échelle des états, des comtés, du code postal, du groupe de blocs de voisinage, des voies, et des points, ainsi que des outils et des applications de cartographie, de visualisation, d'analyse, d'impact, et de communication. <http://www.communitycommons.org>

County Health Rankings (ou Classements de santé par comté) : Issus de l'Institut de Santé de la Population de l'Université du Wisconsin, ils offrent des données par département sur les déterminants clés de la santé. <http://www.countyhealthrankings.org/>

Dartmouth Atlas : Contient principalement des données sur les coûts pour les patients bénéficiant de l'assurance maladie *Medicare* par état et région de référence à l'hôpital. <http://www.dartmouthatlas.org/>

HEDIS (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*) : L'Indice et la Banque de données d'efficacité et d'informations de la Santé est un outil destiné aux plans de santé du Comité national d'assurance qualité américain (NCQA). <http://www.ncqa.org/tabid/59/Default.aspx>

Hospital Compare (ou « Comparez les Hôpitaux ») : Outil fourni par le Ministère américain de la Santé et des Services Sociaux, comprend la comparaison des hôpitaux en fonction des indicateurs clés de qualité, par affection. <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>

HSMR (ou RNMH) : Ratio normalisé de mortalité hospitalière du Dr Foster. <http://www.drfoosterhealth.co.uk/features/what-are-hospital-standard-mortality-ratios.aspx>

Milliman : Une organisation privée qui propose des services de conseil en actuariat au secteur des soins de santé. <http://www.milliman.com>

Scorecard on Local Health System Performance (ou Tableau de bord du rendement du système de santé local) : Le *Commonwealth Fund* suit 43 indicateurs s'attachant à quatre dimensions de la performance du système de santé : l'accès, la prévention et le traitement, les coûts et l'utilisation potentiellement évitable des hôpitaux, ainsi que les résultats de santé (le tableau de bord compare les 306 zones de soins de santé de proximité, connues sous le nom de 'régions de référence à l'hôpital', aux États-Unis). <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2012/Mar/Local-Scorecard.aspx>

TJC Quality Check (ou Contrôle de la qualité TJC) : Effectué par la Commission mixte, comprend les taux des hôpitaux sur les indicateurs clés de la qualité, par état. <http://www.qualitycheck.org/Consumer/SearchOCR.aspx>

- Ces facteurs sont influencés par des facteurs en amont, ainsi que par les relations entre les facteurs individuels.
- Quatre comportements individuels — le tabagisme, l'alimentation, l'exercice et la consommation d'alcool — sont estimés responsables de 40 pour cent des mortalités prématurées.ⁱⁱ
- La spiritualité et la résilience sont de plus en plus reconnues comme des déterminants importants de la santé, à leurs tours influencées par les facteurs en amont ainsi que les comportements et la physiologie.ⁱⁱⁱ

Prévention et promotion de la santé

- Les premières contributions potentielles des soins de santé, la prévention et la promotion de la santé, s'adressent principalement aux facteurs en amont et individuels.

Résultats intermédiaires : les taux de maladies et de blessures

- Les facteurs individuels et en amont influent sur les résultats intermédiaires des maladies et des blessures. Cependant, deux personnes avec des marqueurs physiologiques identiques et des comportements sains peuvent présenter des manifestations très différentes de maladie.

Résultats de santé : la santé et la fonction, la mortalité

- Les résultats intermédiaires ont une influence, mais diffèrent des résultats ou des états de santé, représentés comme états de santé et fonctionnel, et par la mortalité. De même, deux personnes avec le même état d'affection peuvent avoir des niveaux très différents de santé et d'état fonctionnel auto-perçus, et peuvent avoir des espérances de vie très différentes.

Soins médicaux

- La deuxième contribution potentielle des soins de santé, les soins médicaux directs, influence le taux des maladies et des blessures et les états de santé, ainsi que la relation entre ces composants.

Qualité de vie: Bien-être

- Le bien-être est destiné à exprimer la qualité de vie, dont la santé n'est qu'un contributeur. Des facteurs tels que des relations et un travail significatifs, influencés directement et fortement par les facteurs en amont, contribuent également au bien-être.
- Le bien-être peut également influencer sur les facteurs individuels de la physiologie et de la résilience, et même sur les facteurs en amont. Par exemple, les personnes éprouvant un plus grand bien-être sont plus susceptibles de réussir à l'école et au travail.^{iv, v}

Équité

- Kindig et Stoddart ont ajouté la dimension importante de la *distribution* de la santé au modèle de santé de la population pour le différencier de la santé individuelle.^{vi} Cette dimension est exprimée dans le modèle par l'équité, et est représentée comme ayant une influence sur les facteurs en amont de la socio-économie et de l'environnement physique,

ainsi que sur les contributions des soins de santé, la prévention, la promotion de la santé, et les soins médicaux.

Sources:

- i Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*. 1990;31(12):1347-1363.
- ii Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004;291(10): 1238-1245.
- iii Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006;60:376-381.
- iv Boehm JK, Lyubomirsky S. Does happiness promote career success? *Journal of Career Assessment*. 2008;16:101-116.
- v Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*. 2005;131: 803-855.
- vi Kindig D, Stoddart G. What is population health? *American Journal of Public Health*. 2003;93:380-383.

