

19101999

Les indicateurs de mortalité sont-ils de bons indicateurs de qualité des soins ?

P. Ravaut, B. Glaudeau, P.M. Roux, P. Durieux

Service évaluation Qualité-Accréditation-Sécurité-Santaire (PR), Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Centre de Recherche Clinique (BG), Hôpital de Tours.

Service de Chirurgie Cardiaque (PMR), Hôpital de Bon Secours, Metz.

Département de Santé Publique (PD), Faculté de Médecine, Broussais, Hôtel Dieu, Paris.

Correspondance : Ph. Ravaut, Service de Rhumatologie, Hôpital Cochin, 27, rue du Fg Saint Jacques, F 75014 Paris.

Tél. : 01 42 34 17 23 - Fax : 01 43 25 78 84. E-mail : philippe.ravaut@ccl.ap-hop-paris.fr

La publication d'indicateurs de performance des hôpitaux se répand depuis une dizaine d'années. Le paramètre le plus fréquemment publié est le taux de mortalité brut ou ajusté. Ainsi, en 1986, l'administration américaine (Health Care Financing Administration) a décidé de publier, après que certains médias aient tenté un procès en invoquant la loi sur la liberté d'information, les taux de décès ajustés observés dans plus de 5 500 hôpitaux américains [1, 2]. De même, depuis 1991, dans l'état de New-York, puis d'autres États, les taux de mortalité ajustés sur le risque des pontages coronariens sont publiés non seulement par hôpital mais également par chirurgien [3-5]. Plus récemment, les taux de mortalité hospitaliers bruts ou ajustés ont été publiés en écossais, en Angleterre puis en France [4, 7, 8].

Ces publications auraient, selon leurs défenseurs, le double intérêt de faciliter les choix d'allocation de ressources par les décideurs et de fournir des informations au grand public afin de les guider dans leur choix [9, 10]. On peut également espérer que de telles publications incitent les hôpitaux les plus mauvais à améliorer la qualité de leurs soins [11].

Selon McKee, les partisans d'une telle publication en Angleterre pensaient que la pression du marché représentait le meilleur moyen d'améliorer la qualité et de réduire les coûts dans le secteur public. L'asymétrie d'information ou le « prestataire » était en meilleure position que le « consommateur » pour juger de la qualité d'un produit « dans le domaine du soin comme dans tout autre domaine » constituant un obstacle à la création d'un tel marché [12].

Si l'influence de ces publications sur le tirage des journaux ou magazines qui les publient [13] prouve l'appétence du public pour ces données, on peut néanmoins s'interroger sur la pertinence de la publication des taux de mortalité et sur l'impact réel de ces publications sur le comportement des malades et des médecins.

Nous tenterons dans cet article de répondre aux questions suivantes, en nous appuyant sur la littérature existante (littérature anglo-saxonne le plus souvent) :

1. Quel indicateur de mortalité utiliser (taux de mortalité brut ou ajusté) ?
2. Ces indicateurs de mortalité permettent-ils de différencier les hôpitaux en terme de qualité ?
3. Ces publications ont-elles influé sur les décisions des malades et des médecins d'adresser leurs malades dans un hôpital donné ?
4. Ces publications ont-elles entraîné des modifications dans les hôpitaux concernés ?
5. Ces publications ont-elles permis d'améliorer la qualité des soins ?
6. D'autres indicateurs seraient-ils plus pertinents pour comparer la qualité des différents hôpitaux ?

Quel indicateur de mortalité (taux de mortalité brut ou ajusté) ?

La définition de l'indicateur de mortalité utilisé doit, bien sûr, être précise et identique d'un centre à l'autre et son recueil standardisé. On utilise soit un taux de mortalité durant le séjour hospitalier, soit un taux de mortalité avec un recul défini qui peut varier selon les travaux de 30 jours à 5 ans.

Il existe un consensus à ce jour pour privilégier les taux de mortalité ajustés sur le risque aux taux de mortalité bruts et pour limiter les comparaisons à des groupes restreints de malades (malades atteints d'un infarctus du myocarde, malades opérés pour une prothèse aortique par exemple) et non pas à l'ensemble des malades hospitalisés. En effet, il apparaît évident que certains hôpitaux traitent plus de patients à haut risque de mortalité que d'autres et que la comparaison des taux bruts est peu informative [14].

Les indicateurs de résultats tel le risque de décès pour un patient donné reflètent à la fois les facteurs de risque du patient (par exemple les comorbidités, les caractéristiques socio-démographiques mais aussi éventuellement des critères de gravité,...) la qualité des soins et des variations aléatoires [15, 16]. Ajuster sur le risque du patient est donc indispensable pour éviter que les résultats observés reflètent plus les caractéristiques des patients traités que de réelles différences de qualité entre les hôpitaux [17].

Déterminer les facteurs de risque à prendre en compte et la manière de les mesurer est l'objet de multiples controverses, à titre d'exemple, dans le premier rapport de l'HCA (Health Care Financing Administration) en 1986, l'établissement ayant le taux de mortalité ajusté le plus élevé (88,6 % alors que le taux de mortalité attendu selon le modèle était de 22,5 %) était un hôpital de soins palliatifs [16].

Ajuster selon les facteurs de risque est donc un exercice périlleux nécessitant d'avoir identifié les facteurs de risque les plus importants et d'être capable de recueillir cette information pour tous les patients [16-18]. Il est évident que, dans le meilleur des cas, on ne peut réaliser un ajustement que sur les facteurs de risques connus et que tous les facteurs de risques inconnus sont négligés, ce qui constitue une limite méthodologique importante.

Silber et al. ont montré que les caractéristiques du patient sont 315 fois plus importantes que celles de l'hôpital pour prédire la mortalité d'un patient [19]. Toute erreur d'ajustement peut donc avoir des conséquences majeures sur la validité des comparaisons faites [18]. Ainsi, lorsqu'on modifie les critères d'ajustement, on peut observer des variations importantes des classements des hôpitaux selon leur taux de mortalité Y compris lorsqu'on s'intéresse à des groupes relativement homogènes de malades. Ainsi, dans une étude anglaise portant sur la mortalité après hémorragie digestive haute réalisée dans 74 hôpitaux, la mortalité brute variait de 0 à 29 % [20]. L'ajustement du risque pour l'âge, l'existence d'un état de choc et la comorbidité entraînait une modification de 10 places ou plus dans le classement pour 21 de ces 74 hôpitaux. Si l'on prenait en compte 3 facteurs supplémentaires (le diagnostic, l'existence de stigmates endoscopiques d'hémorragie récente, les récidives de saignement), le rang de 32 hôpitaux était modifié de 10 places ou plus par rapport à leur rang initial. Le rang d'un de ces hôpitaux était même modifié de 45 places (de la 16^è à la 61^è place).

Lezzoni a également largement mis en évidence l'impact des méthodes d'ajustement utilisées lorsqu'on décide d'identifier les 10 % d'hôpitaux ayant les taux de mortalité ajustés sur la sévérité les plus bas et les 10 % d'hôpitaux ayant les taux de mortalité ajustés les plus élevés [16]. Les discordances observées en modifiant les critères de sévérité utilisés sont le plus souvent limitées. Cependant, dans certains cas, les discordances peuvent être substantielles. Ces discordances n'apparaissent pas uniquement dans les hôpitaux ayant un faible volume de patients, à titre d'exemple, dans des comparaisons de taux de mortalité pour les patients atteints de pneumopathie, un hôpital recevant 266 pneumopathies par an (dont 20 décédés) était classé 7^è avec un type d'ajustement et 66^è avec un autre [18].

Choisir, recueillir et utiliser les données multiples nécessaires à ces ajustements pose de nombreux problèmes (définition des différents facteurs de risque, choix du modèle d'ajustement,...) non encore résolus. Le coût de ce recueil est bien sûr d'autant plus élevé que le nombre de données recueillies est important. Il a été estimé que le coût du recueil des données nécessaires dans le programme de l'université de Pennsylvanie était de 17,43 \$ par malade ce qui représentait 134 000 \$ par an pour un gros hôpital urbain [16].

Ces indicateurs de mortalité permettent-ils de différencier les hôpitaux en terme de qualité ?

Pour être utiles, ces taux doivent permettre la distinction entre des hôpitaux où la qualité des soins diffère. Est-il possible d'affirmer que la qualité des soins dans un hôpital ayant un taux de mortalité