

d'assurance-qualité ont été mis en place [34].

Selon Chassin, ces publications constatent un incitatif puissant et jouent un rôle important pour encourager les médecins et les hôpitaux à saisir l'opportunité d'améliorer la qualité des soins [40, 35, 36].

Ainsi, dans un hôpital de New-York à taux de mortalité élevé, un groupe multidisciplinaire a pu identifier que ce taux de mortalité accru concernait un sous-groupe de patients à haut risque et une démarche collective a permis de modifier les procédures utilisées dans ce sous-groupe et semble-t-il d'améliorer les résultats [37]. Cependant, les effets pervers potentiels de ces publications ont été soulignés par de nombreux auteurs. Ces publications peuvent en effet encourager la prise de mesures par les hôpitaux destinées uniquement à améliorer leur performance apparente (recrutement de patients différents...) et à focaliser leurs efforts pour améliorer la qualité des soins sur les seules pathologies pour lesquelles il y a des indicateurs.

### Ces publications ont-elles permis d'améliorer la qualité des soins ?

Dans le bilan effectué par Hannan dans l'état de New-York 4 ans après le début des publications, on a observé une réduction importante de la mortalité ajustée sur le risque après pontage coronarien de 11 à 69 % selon les types d'hôpitaux. Pour 27 des 30 hôpitaux de l'état de New-York, le taux de mortalité ajusté sur le risque était moindre en 1992 qu'en 1989. Cette réduction pouvait être en partie liée à un transfert de malades de chirurgiens faisant un faible volume d'intervention (moins de 50 interventions par an) vers d'autres chirurgiens [38].

Ces résultats apparemment très encourageants peuvent cependant être tempérés par plusieurs observations.

- Dans le Massachusetts (État n'ayant pas institué une publication des indicateurs de résultats de ces hôpitaux), une diminution de 35 % de la mortalité ajustée sur le risque a été observée entre 1990 et 1992 [39]. Cette réduction était comparable à celle observée dans l'état de New-York. Les améliorations observées dans l'état de New-York peuvent donc ne refléter qu'une tendance à l'amélioration observée partout aux USA.

Une augmentation importante des facteurs de comorbidité a été observée entre 1989 et 1991 expliquant en grande partie l'amélioration des taux de mortalité ajustés [40]. Ainsi, par exemple, le pourcentage de malades rapportés comme ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive a augmenté de 6,9 % à 17,4 % et le pourcentage de malades ayant une insuffisance cardiaque congestive de 1,7 % à 7,6 % dans la même période. La prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive a même été multipliée par 29 dans un hôpital (4,8 % à 52,9 %). Dans le même temps, aucune modification n'a été constatée pour d'autres paramètres moins subjectifs tels l'âge. Il est donc peu vraisemblable qu'une modification de la performance expliquant l'apparente aggravation de la sévérité des malades et l'amélioration de la performance ajustée sur le risque qui en découle. Si l'on s'intéresse uniquement aux taux de mortalité bruts, l'amélioration n'est en moyenne que de 21 % alors qu'elle est de 41 % pour les taux de mortalité ajustés sur le risque. Selon Hannan et al., il est impossible de déterminer si l'amélioration apparente des performances observées à la suite de la publication des taux de décès reflète une amélioration réelle ou simplement une inflation de l'enregistrement des facteurs de comorbidité [41].

- La réduction du risque de mortalité après pontage coronarien observée dans l'état de New-York entre 1989 et 1992 pourrait être expliquée également en partie par le transfert de certains patients à haut risque vers d'autres États [42]. Dans la Cleveland Clinic (Ohio), un centre de référence situé à 200 km de New-York, le taux de mortalité des malades opérés venant de l'état de New-York était beaucoup plus élevé que ceux des malades de l'Ohio ou d'autres États (5,2 % versus 2,9 % et 3,1 %). Ces différences, qui n'étaient pas trouvées entre 1980 et 1988, n'apparaissent que pour la période 1989-1993, c'est-à-dire après publication des indicateurs de résultats dans l'état de New-York. Il semble donc probable que les publications des indicateurs de résultats aient entraîné le transfert de certains malades à haut risque vers des centres hors de l'état de New-York. Ce résultat peut être rapproché de ceux d'une enquête réalisée auprès de chirurgiens cardiaques et de cardiologues [30]. Parmi les cardiologues, 59 % déclaraient avoir des difficultés à trouver un chirurgien acceptant de réaliser un pontage chez un malade à haut risque. Dans le même temps 63 % des chirurgiens cardiaques déclaraient être moins enclins à opérer des patients à haut risque [30].

### D'autres indicateurs seraient-ils plus pertinents pour mettre en évidence des différences de qualité entre hôpitaux ?

Mant et Hicks, en comparant la sensibilité des indicateurs de procédures et de résultats pour détecter des différences de qualité entre hôpitaux, apportent un éclairage intéressant sur ce point [43]. En prenant pour exemple l'infarctus du myocarde, ils évaluent le nombre de patients nécessaires pour détecter des différences de qualité entre 2 hôpitaux recevant 450 infarctus du myocarde par an (dans

l'hypothèse où la gravité des malades reçus dans les 2 hôpitaux serait identique). Pour détecter une différence de qualité des soins correspondant à une réduction relative de mortalité de 7 % (mortalité 30 % dans l'hôpital A et 28 % dans l'hôpital B), correspondant à 9 vies supplémentaires sauvées par an, il est nécessaire d'inclure 8 129 patients par hôpital si l'on utilise un indicateur de mortalité et 75 si l'on utilise des indicateurs de procédures (pourcentage de malades recevant un traitement adapté).

Le choix des indicateurs de procédures plus que de résultats est donc prôné en raison des avantages pratiques de ceux-ci [44-46]. Contrairement aux indicateurs de résultats, ils sont indépendants des variations de recrutement, ne nécessitent pas de systèmes d'informations sophistiqués, pas d'ajustement sur les facteurs de risque et leur interprétation est beaucoup plus simple. Les actions à mettre en place, si l'on constate une différence de mortalité entre 2 hôpitaux sont difficiles à définir. A contrario, si l'on constate que dans l'hôpital A seuls 50 % des malades devant recevoir de l'aspirine reçoivent réellement ce traitement, les actions à entreprendre sont évidentes [11, 45]. Beaucoup d'auteurs pensent donc qu'il est impératif qu'une évaluation des procédures et des structures soit réalisée simultanément pour espérer améliorer la qualité des soins. Une autre limitation majeure lorsqu'on privilégie les indicateurs de résultats, est le délai avant qu'un retour d'information puisse être fourni. Ce délai est fréquemment supérieur à 18 mois.

Par ailleurs, pour de nombreuses pathologies ou spécialités, le choix d'un indicateur de résultats est problématique. Quel est l'indicateur de résultats pertinent par exemple pour évaluer la qualité des services de Rhumatologie ou de Gastro-entérologie ?

On s'oriente donc plutôt actuellement vers d'autres indicateurs composites de performance hospitalière incluant à la fois des indicateurs de procédures, de résultats et de structure [47]. Ainsi, la liste « America's Best Hospitals » publiée annuellement par U.S. News & World report est basée sur ces 3 types de paramètres [48]. Il a été récemment montré que les patients admis dans l'un des 40 hôpitaux les mieux classés avaient une mortalité moindre que ceux admis dans les autres hôpitaux [43]. De même, le score HEDIS (Health plan Employer Data and Information Set) développé par le National Committee for Quality Assurance inclut plus de 60 indicateurs de performance couvrant la qualité des soins (préventifs et curatifs), l'accès aux soins et la satisfaction des patients, ainsi que des données administratives.

### Conclusion

Un souci de transparence dans le domaine de la santé est bien sûr louable et souhaitable. Mais ce souci de transparence ne doit pas occulter les limites et insuffisances méthodologiques des indicateurs de résultats à ce jour disponibles et les difficultés d'interprétation de ces indicateurs. Des travaux de recherche sont encore nécessaires dans ce domaine afin de définir les indicateurs les plus pertinents et les conditions de leur interprétation.

La publication de ces indicateurs sans avertissement contribue plus à la désinformation qu'à l'information réelle du public et on peut douter qu'elle ait à elle seule un quelconque impact sur la qualité des soins.

#### Bibliographie :

1. PARK RE, BROOK R.H., KOSECOFF J, et al. Explaining variations in hospital death rates: randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA* 1990; 264: 484.
2. BERWICK D.M., WALD D.L. Hospital Leaders' opinions of the HCFA mortality data. *JAMA* 1990; 263: 247-9.
3. PRIEST D. Pennsylvania rates hospitals, surgeons on heart bypass patient deaths. *Washington Post* 1992; Nov 20: A3.
4. DILLNER L. Scottish death rates published with health warning. *BMJ* 1994; 309: 599-600.
5. HANNAN E.L., KILBURN H., RACZ M., SCHEIDT E., CHASSIN M.R. Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New-York state. *JAMA* 1994; 271: 761-6.
6. WILSON R. State rates heart surgeons by mortality. *The Wall Street Journal* 1992; Nov 20: 220 (102): B1.
7. MCKEE M., SHELDON T. Measuring performance in the NHS: good that it's moved beyond money and activity but many problems remain. *BMJ* 1998; 316: 322.
8. HOUDEART P., MAYLE F., VINCENT J. Le palmarès des hôpitaux. *Sciences et Avenir* 1998 ; 619 : 32-71.