



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Les modalités d'utilisation des indicateurs par les différents acteurs du système de santé et leurs impacts potentiels

Étude bibliographique



Béatrice Fermon

LÉGOS, Université Paris-Dauphine

Pierre Lévy

LÉGOS, Université Paris-Dauphine

Novembre 2006

Coordination HAS :

Frédéric Bousquet

Ce rapport, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Table des matières

SYNTHÈSE.....	4
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : ACTUALISATION DU PREMIER RAPPORT.....	10
<i>1. IMPACT SUR LES CONSOMMATEURS.....</i>	<i>10</i>
1.1. Le choix des médecins par les patients.....	10
1.2. La perception des rapports publiés sur la qualité des soins.....	12
1.3. Impact sur le choix entre différents types de plans de santé	14
<i>2. IMPACT SUR L'OFFRE ET LE RÉSULTAT DES SOINS.....</i>	<i>14</i>
2.1. Impact sur les MCOs pour la sélection des prestataires de soins.....	15
2.2. Réaction des fournisseurs de soins et impact sur la qualité des soins.....	17
DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS INFLUENÇANT L'IMPACT DE LA DIFFUSION PUBLIQUE	21
<i>1. L'influence des facteurs d'environnement.....</i>	<i>21</i>
<i>2. Le contenu de la diffusion publique.....</i>	<i>23</i>
2.1. Le format de la présentation.....	24
2.2. Le problème du choix des indicateurs	29
2.3. La question des sources de données.....	39
BIBLIOGRAPHIE	42

SYNTHÈSE

La diffusion des informations sur la qualité des établissements apparaît aujourd'hui comme une évolution incontournable de la plupart des systèmes de santé des pays développés. Pour nombre d'observateurs et d'experts, il ne s'agit ainsi plus de se demander s'il faut ou non publier ce type de données, mais plutôt comment il faut le faire. Pour autant, cette stratégie continue à générer des controverses sur la fiabilité, la rigueur des méthodes employées et, *in fine*, sur l'utilité de tels systèmes. Un premier travail de revue de littérature sur le thème de la diffusion publique a été réalisé à la demande de la HAS¹. Cette étude a principalement porté sur l'identification des objectifs attachés à la diffusion publique, sur l'analyse des mécanismes qui la lie à l'amélioration éventuelle de la qualité ou de l'efficience, et sur l'évaluation des expériences étrangères les plus importantes. Elle n'abordait que rapidement la question des modalités techniques de la diffusion de ce type d'information.

Ce rapport s'inscrit dans la continuité de la réflexion ainsi engagée. Il vise à actualiser les données recueillies dans le précédent rapport et identifier l'impact des modalités de la diffusion publique en se concentrant sur les aspects stratégiques et techniques plutôt que métrologiques. Il s'appuie sur une revue de la littérature et sur la visite sur Internet de sites institutionnels dans le secteur de la santé et hors secteur sanitaire dans l'objectif d'y repérer des publications sur la mesure de la performance et sa diffusion.

Quels nouveaux enseignements concernant l'impact de la diffusion publique ?

Pour l'essentiel, les références complémentaires issues de la nouvelle revue de la littérature renvoient à l'impact de la diffusion publique sur les consommateurs ou sur les producteurs et le résultat de soins et confirment les résultats acquis dans le précédent rapport.

Concernant l'impact sur les consommateurs de soins, les résultats sont toujours aussi contrastés : certaines études soulignent l'effet positif de la diffusion publique sur le choix du médecin, d'autres ne donnent pas à la diffusion publique un rôle important dans la prise de décision des consommateurs de soins, soit parce que l'information diffusée n'atteint pas le patient, soit qu'elle n'est pas considérée par les individus comme utile, pertinente ou crédible.

Concernant l'impact sur l'offre et le résultat des soins, l'impact fréquemment plus favorable - mais non systématique - de la diffusion publique est confirmé par des études mettant en évidence l'évolution des parts de marché des établissements de santé présentant une meilleure qualité et l'effet d'incitation par anticipation que le système de diffusion publique peut exercer sur les hôpitaux les moins performants pour qu'ils améliorent la qualité des soins dispensés, et ce d'autant plus qu'ils se situent sur un marché concurrentiel. Mais d'autres études confirment également l'effet négatif de la diffusion publique notamment en termes de sélection des patients ou des pratiques.

¹ Fermon B, Levy P, (2005) La diffusion de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Etude bibliographique. Rapport pour la HAS, novembre 2005, 115 p.

Des études s'intéressent à l'effet de la diffusion publique sur la sélection des prestataires de soins par les plans de santé : elles mettent en évidence une faible sensibilité aux informations diffusées, rapprochant le comportement des plans de santé à celui des acheteurs de soins.

Les facteurs influençant l'impact de la diffusion publique

Si l'on accepte l'idée selon laquelle la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins, notamment hospitaliers, est devenue inévitable et que la seule question qui demeure est celle de ses modalités, on est conduit à rechercher les modalités de diffusion qui en maximisent l'impact, compte tenu du fait que toute stratégie de ce type mobilise des moyens coûteux. On trouve dans la littérature sur le sujet deux types d'approches se situant à des niveaux différents. D'un côté, certaines études mettent l'accent sur l'environnement général dans lequel on vise à introduire le *Public Reporting*, ce terme englobant à la fois des facteurs politico-économiques et organisationnels. D'un autre côté, différents auteurs participent à la discussion relative au contenu de la diffusion publique, qui se développe principalement autour de trois questions :

- Quelques auteurs proposent de développer une réflexion sur le choix du format de la diffusion publique en s'appuyant notamment sur les apports de la psychologie cognitive.
- Le choix des indicateurs de qualité constitue un domaine de discussion très important pour la réussite de ce type de projet.
- Enfin, la question des données utilisées et des sources disponibles demeure entière.

Prendre en compte des facteurs d'environnement pour analyser un dispositif de diffusion publique permet d'en souligner la dimension systémique et d'identifier les principaux éléments qui participent à son efficacité. Est ainsi soulignée l'importance des mécanismes incitatifs prévus pour favoriser l'amélioration de la qualité, l'adéquation de ces mécanismes avec le contexte de régulation du système de santé et le rôle de la culture « qualité » des organisations de soins.

Les questions relatives au contenu de la diffusion publique interrogent le format de la présentation notamment au regard des capacités d'appréhension de ce type de données par les patients. Le recours à la psychologie cognitive apporte à cet égard un éclairage intéressant, soulignant l'importance des schémas cognitifs avec lesquels est traitée l'information sur la qualité des soins montrant ainsi l'influence du format sur la réception et donc l'utilisation de l'information. Le problème du choix des indicateurs renvoie aux différentes définitions de la qualité en fonction des parties prenantes et interroge la possibilité d'organiser un système de diffusion publique selon un modèle unique pour l'ensemble des partenaires (producteurs, financeurs et consommateurs) ou différencié. Dans le premier cas, un arbitrage entre précision de l'information diffusée/accessibilité de cette information doit être fait alors que des dispositifs de diffusion identifiés en fonction du public visé permettent de répondre aux attentes bien spécifiques des partenaires.

Cette question ne peut être tranchée sans un renvoi aux objectifs de la diffusion publique. Des débats plus spécifiques sur la source des données utilisées (médicale ou administrative) ou le type d'indicateurs privilégiés (de processus ou de résultat) restent encore ouverts même si on voit se dessiner un certain consensus privilégiant le recours aux deux types de sources ou d'indicateurs.

INTRODUCTION

La diffusion des informations sur la qualité des établissements apparaît aujourd'hui comme une évolution incontournable de la plupart des systèmes de santé des pays développés. Pour nombre d'observateurs et d'experts, il ne s'agit ainsi plus de se demander s'il faut ou non publier ce type de données, mais plutôt comment il faut le faire. Pour autant, cette stratégie continue à générer des controverses sur la fiabilité, la rigueur des méthodes employées et, *in fine*, sur l'utilité de tels systèmes. L'élaboration de palmarès hospitaliers a, par exemple, soulevé de nombreuses oppositions, leurs détracteurs mettant notamment en cause la validité des agrégations des différents types de données pour établir des scores composites.

Un premier travail de revue de littérature sur le thème de la diffusion publique a été réalisé à la demande de la HAS². Cette étude a principalement porté sur l'identification des objectifs attachés à la diffusion publique, sur l'analyse des mécanismes qui la lie à l'amélioration éventuelle de la qualité ou de l'efficience, et sur l'évaluation des expériences étrangères les plus importantes.

Le rapport n'aborde que rapidement la question des modalités techniques de la diffusion de ce type d'information. En particulier, une question reste posée : peut-on identifier des modes de diffusion qui en maximisent l'efficacité attendue tout en limitant les effets non désirés ? Quelques éléments de connaissance ressortent, mais cela dit, aucune des questions qui se posent lors de l'élaboration d'une stratégie de diffusion publique ne semble avoir réellement fait l'objet d'une évaluation en tant que telle, et l'on ne dispose donc que d'indications partielles assez largement fondées sur des dires d'experts.

- D'une manière générale, il semble préférable d'associer les parties prenantes aux différentes phases d'une stratégie de diffusion publique, qu'il s'agisse de sa conception pour identifier les items pertinents, de l'interprétation des résultats, ou de leur présentation.
- Un des enseignements les plus clairs tient à la nécessité d'adapter la nature de l'information diffusée et les modalités de cette diffusion à la population cible, avec un apprentissage adapté à chacune des parties prenantes, y compris les médias.
- L'identification des sources de données les mieux adaptées, mais aussi la fiabilité des mesures utilisées fondent la crédibilité des systèmes de diffusion.
- On note aussi une tendance montrant de plus en plus une préférence de l'obligation de participation au système de volontariat qui avait souvent été initialement choisi ; ceci dans un souci d'équité entre les établissements.

Plus globalement, si la nécessité de réaliser des mesures de la performance des établissements de santé en matière de qualité fait aujourd'hui consensus, les modalités d'utilisation de ces données font encore débat, tant sur le fond (validité des objectifs) que sur la forme (différentes techniques de

² Fermon B. Levy P. (2005). *La diffusion de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Etude bibliographique*. Rapport pour la HAS, novembre, 115 p.

diffusion publique par exemple). Le secteur de la santé semble être encore à la recherche d'un cadre méthodologique permettant de mobiliser au mieux des mesures dont le coût de production reste non négligeable, tout en limitant les effets non désirés qui pourraient en résulter (sélection des patients par exemple).

L'élaboration d'un tel cadre passe sans doute par la clarification des objectifs attachés aux indicateurs de performance dans le secteur de la santé, une identification plus précise de leur rôle dans le processus d'amélioration de la qualité, un cadrage plus rigoureux des méthodes de définition et de construction et enfin, une appréhension plus claire de la nature des incitations qui peuvent être mises en œuvre ainsi que de leurs effets.

Ces différents points font l'objet d'un programme de recherche à part entière qu'il convient d'instruire progressivement.

Cette étude se propose de participer à deux points spécifiques du cadre méthodologique :

- Approfondir la question des modalités techniques de la diffusion publique telle qu'elle a été au préalable abordée dans le cadre de la revue de la littérature réalisée précédemment pour la HAS³. En particulier, il s'agira d'actualiser les données sur la question par rapport à la littérature qui a pu être repérée depuis un an. Il semble en effet qu'un certain nombre de travaux aient été très récemment publiés. Leur analyse complèterait utilement la réflexion à ce sujet. Ce sera l'objet de la première partie de ce travail.
- Identifier l'impact des modalités de la diffusion d'information en se concentrant sur les aspects stratégiques et techniques plutôt que métrologiques. En particulier seront interrogés les effets des formats de la diffusion, des indicateurs ou de la source d'informations utilisés par rapport au public visé. Ces questions seront traitées dans la seconde partie de ce travail.

Cette étude repose sur une revue de la littérature fondée sur la stratégie documentaire suivante :

- Interrogation de la base Medline, par l'intermédiaire et avec la collaboration active du service de documentation de la HAS, sans limitation de date, mais en restreignant la recherche aux publications en français ou en anglais, à partir des mots - clés suivants :
 - (*Performance report ou Report card ou Performance measure ou Public report*) et (*Disclosure strategy(ies) ou Information dissemination strategy(ies) ou Publishing ou Rating ou Labelling ou Accuracy ou Format ou Presentation ou Web ou Online ou Internet*)
- Interrogation de la base Econlit effectuée le 26 juin 2006 sans limitation de date, mais en restreignant la recherche aux publications en français ou en anglais, à partir des mots - clés suivants :

³ Fermon B., Levy P., 2005, op.cit.

- *Report card et (health ou hospital), performance report et hospital, performance measure et communication et (health ou hospital), public report et quality indicators et (health ou hospital), (information dissemination ou public disclosure ou public release) et quality et (health ou hospital)*
- Visite sur Internet de sites institutionnels dans le secteur de la santé et hors secteur sanitaire dans l'objectif d'y repérer des publications sur la mesure de la performance et sa diffusion.

Les articles ainsi identifiés ont été dépouillés sur la base du résumé disponible, et retenus lorsqu'ils présentaient une pertinence suffisante. En complément, les références bibliographiques citées dans ces articles ont également été incluses.

PREMIÈRE PARTIE : ACTUALISATION DU PREMIER RAPPORT

Notre nouvelle revue de la littérature a permis d'identifier des articles complétant notre rapport de 2005 sur les différents points déjà traités. Quelques textes reprennent la question générale du *Public Reporting*. Plusieurs d'entre eux, qui présentent des éléments d'un état des lieux semblable à celui présenté dans notre premier rapport, ne seront pas exploités ici du fait qu'ils n'apportent pas d'informations nouvelles ni d'analyse originale. Tout au plus peut-on mentionner une synthèse d'ensemble assez complète sur le sujet, certes datée, mais qui a comme intérêt de rappeler l'impulsion donnée aux *report cards* par le plan Clinton (1). Même si ce plan a fait long feu, cette idée a été largement développée depuis par le secteur privé ou des autorités publiques de différent niveau, dont plusieurs exemples sont donnés dans cet article. Nous ferons référence à cette étude ultérieurement dans la mesure où son intérêt renvoie aux problèmes envisagés dans la seconde partie du présent rapport.

Pour l'essentiel, les références complémentaires pertinentes pour notre sujet peuvent être regroupées en deux catégories selon qu'elles renvoient à l'impact du *Public Reporting* sur les consommateurs ou sur les producteurs de soins et les résultats des soins.

1. IMPACT SUR LES CONSOMMATEURS

Plusieurs articles reviennent d'une façon ou d'une autre sur l'effet que la diffusion publique d'indicateurs de la qualité des soins peut avoir sur le comportement des consommateurs et apportent des compléments d'information sur des points déjà documentés dans notre précédent rapport.

1.1. Le choix des médecins par les patients

En premier lieu, l'étude de Mukamel *et al.* en 2004 (2) complète celle, déjà mentionnée dans notre précédent rapport (page 26), effectuée dans le cadre du CSRS de l'État de New - York. L'étude précédente avait permis de montrer que les parts de marché des chirurgiens cardiaques ayant de meilleurs taux de mortalité avaient augmenté après la diffusion de ce type de résultats. Mais ces conclusions étaient d'une portée limitée par le fait que les autres variables pouvant influencer le choix du chirurgien (comme la distance par exemple) avaient été omises.

La nouvelle étude présente une analyse incluant tous les facteurs confondants et fournit donc des résultats affinés et plus robustes que le constat antérieur. En comparant la sélection des chirurgiens entre l'année 1991, pour laquelle aucun *Report Card* n'était disponible, et l'année 1992 durant laquelle ce type d'information a été rendu disponible, l'analyse cherche à tester les hypothèses suivantes :

- Avant la publication des *Report Cards*, la sélection se faisait sur les variables alors observables, à savoir le risque ajusté de mortalité tel qu'il pouvait être déduit par les patients à partir des hôpitaux où les chirurgiens exercent, le prix pratiqué (le co - paiement à la charge des assurés), l'expérience du chirurgien (sa durée d'exercice), les recommandations du médecin référent.
- Après la publication, la sélection des chirurgiens est associée à la nouvelle information disponible, principalement les risques de mortalité ajustés effectifs, et à une moindre influence des informations disponibles antérieurement.

A partir des données de 13 078 patients Medicare (de plus de 65 ans) de l'État de New - York permettant d'étudier le choix du chirurgien cardiaque à l'intérieur de chaque zone d'habitation, les principaux résultats font apparaître les points suivants :

- Le risque ajusté de mortalité déduit par les patients intervient de façon significative aussi bien avant qu'après la publication des *Report Cards* dans le choix des médecins.
- L'information supplémentaire apportée par les *Report Cards* modifie de façon significative le choix du chirurgien, la probabilité de choisir un praticien ayant un taux de mortalité ajusté inférieur d'un point de pourcentage à la moyenne étant encore réduite par rapport à la situation précédant la publication. Dans le même temps, les deux autres signaux de qualité disponibles avant la publication des *Report Cards*, le prix et le nombre d'années d'expérience, voient leur influence décliner dans le choix du chirurgien une fois la nouvelle information disponible. On pourrait en conclure à une influence effective de la diffusion publique d'informations dans la sélection des praticiens, se substituant en partie aux autres informations disponibles antérieurement.

Dans le même article, cette analyse est ensuite approfondie pour essayer de détecter une éventuelle différenciation des comportements de choix par les patients en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques. Il apparaît que les informations disponibles, avant ou après la publication des *Report Cards*, n'ont d'influence sur le choix du médecin que pour les Blancs ayant un niveau d'éducation moyen ou élevé, mais pas sur ceux de niveau de formation faible ou sur les Noirs, quel que soit leur niveau de formation. Par contre, le surcroît d'information apporté par les *Report Cards* influence significativement les patients de niveau de formation moyen ou élevé, qu'ils soient Noirs ou Blancs.

Par ailleurs, lorsqu'on sépare les assurés selon qu'ils ont ou non cherché un second avis en consultant un autre chirurgien cardiaque, il apparaît, de façon intuitive, que ceux qui ont pris un autre avis font des choix qui dépend plus fortement de la qualité des soins.

Au total, cette nouvelle étude confirme donc les résultats précédemment acquis en les précisant : les parts de marché des médecins auraient évolué en fonction de la qualité des soins qu'ils dispensent.

Cependant, il ne s'agit là encore que d'une étude de court terme qui laisse dans l'ombre la question de la persistance d'une telle influence de la diffusion publique.

1.2. La perception des rapports publiés sur la qualité des soins

Dans notre rapport précédent, nous avons rendu compte de deux expériences effectives de *Report Cards* ayant fait l'objet d'évaluation sur la perception qu'avaient pu en avoir les patients des hôpitaux concernés. Deux autres articles peuvent ici être mentionnés qui se sont également intéressés à la question de la perception par les patients de *Report Cards* au niveau des réseaux de soins (Healthcare Systems), c'est-à-dire à un niveau plus proche des soins que celui des plans de santé. Le premier a procédé à une enquête téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire des 250 000 employés d'un groupement d'employeurs de Minneapolis-Saint-Paul qui ont bénéficié de la diffusion de *Report Cards* (3). L'échantillon, constitué de 996 célibataires et 913 familles, a été interrogé sur l'utilité et l'utilisation effective des informations transmises sur la qualité des différents prestataires de soins. À la question de savoir s'ils se rappelaient avoir vu le *Report Card*, 47 % des célibataires et 52 % des familles ont répondu affirmativement. Parmi ceux-ci, 59 % des célibataires et 55 % des familles l'ont trouvé utile pour choisir leur réseau de soins. Contrairement à ce qu'ont pu mettre en évidence d'autres études, la plupart des interviewés ayant trouvé le document utile ont jugé que les informations les plus intéressantes concernaient la note globale sur la qualité des soins et du service en général, alors que les informations plus détaillées sur des services spécifiques ont été jugées les moins utiles. Par ailleurs, pour ceux qui se souvenaient avoir vu le *Report Card* mais ne l'ont pas trouvé utile, la plupart étaient satisfaits de leur réseau de soins et n'envisageaient pas d'en changer.

Au-delà de ces résultats globaux, cette étude a tenté de détailler le profil des utilisateurs. Lorsque l'on prend en compte différentes variables pouvant être déterminantes de l'utilisation de l'information contenue dans les *Report Cards*, peu d'entre elles ont un véritable pouvoir prédictif sur le fait de les percevoir comme utiles ou de les utiliser réellement. On notera néanmoins que les employés des grandes firmes sont ceux qui se souviennent le moins avoir vu les *Report Cards*, cela étant peut-être dû à une moins bonne diffusion de ces documents dans les grandes entreprises. De même, ceux qui ont changé au moins une fois de réseau de soins dans le passé ont davantage trouvé les *Report Cards* utiles que les autres.

Le second article a essayé de définir la perception de consommateurs à un *Report Card* créé spécialement pour l'occasion à partir des données réelles permettant la comparaison entre les deux réseaux de soins disponibles dans une autre ville du Minnesota, Duluth (4). Ces deux réseaux comprenant respectivement 13 et 15 centres de santé, le *Report Card* comprenait deux parties, l'une comparant les deux réseaux dans leur ensemble sur le délai d'attente et 7 mesures de qualité et de satisfaction, l'autre donnant des informations descriptives sur chaque centre de santé. Les réactions des consommateurs ont été obtenues à partir d'entretiens avec 5 groupes d'opinion d'une dizaine de

personnes chacun, 2 avec des personnes en activité et 3 avec des retraités, censés être davantage consommateurs de soins. Dans l'ensemble, les réactions ont été similaires entre les actifs et les seniors :

- Ils n'étaient pas au courant des initiatives générales faites pour l'amélioration de la qualité des soins, mais s'en félicitent en pensant qu'elles peuvent être utiles, d'une part pour choisir un système de soins, d'autre part pour guider l'amélioration de la qualité du système de soins en général.
- Ils ont surtout apprécié les informations descriptives sur les différents centres de santé, et dans l'ensemble leur confiance dans le système de soins est resté inchangée (56 %) ou s'est améliorée (31 %).
- Ils ont estimé que de telles informations pourraient leur être utiles s'ils étaient en mauvaise santé ou mécontents de leur réseau de soins. Ceux qui n'ont pas trouvé le *Report Card* utile étaient satisfaits de leur réseau de soins et préféraient s'en remettre à leur expérience personnelle ou à celle de leurs proches.
- S'agissant de la crédibilité, les opinions étaient partagées, les plus sceptiques étant les seniors. Tous voulaient davantage d'informations sur l'organisme finançant l'initiative.
- Interrogés sur le contenu souhaité, ils souhaitaient à la fois des informations au niveau des réseaux de soins et des précisions sur les relations patient-médecin, la disponibilité des spécialistes, les équipements et le coût des actes.

Il faut également mentionner une troisième étude qui s'est intéressée à la perception des *Report Cards*, mais cette fois-ci au niveau du choix entre plans de santé alternatifs (5). L'étude a consisté à obtenir, par questionnaire postal ou téléphonique, l'opinion d'assurés par le biais de leur entreprise dans deux villes différentes, Denver (Colorado) et Saint Louis (Missouri). Dans les deux villes, des *Report Cards* ont été distribués par le biais des employeurs aux salariés au moment où ceux-ci devaient se réinscrire à un plan de santé. Les échantillons retenus pour l'enquête ont été respectivement de 670 et 784 personnes. Parmi les principaux résultats, on retiendra que les personnes interrogées ont classé la facilité et la rapidité d'accès aux spécialistes et l'écoute des médecins comme les facteurs les plus importants dans le choix d'un plan de santé.

Mais l'objectif de l'étude était de déterminer en premier lieu le degré d'imprégnation des *Report Cards*, mesuré d'une part par le souvenir de les avoir vus, d'autre part par le fait de les avoir lus entièrement ou presque, et en second lieu leur utilité, à la fois pour informer sur la qualité de chaque plan de santé et comme facteur d'aide à la décision. Seulement 47 % des assurés de Denver contre 55 % de ceux de Saint Louis se souvenaient avoir vu le *Report Card*. Parmi ceux-ci, dans les deux villes, 40 % l'avaient lu presque entièrement, 82 % l'ont trouvé utile pour avoir des informations sur les plans de santé, et 66 % l'ont trouvé utile pour décider de rester dans le même plan ou d'en changer. L'étude détaillée de l'influence des caractéristiques des assurés sur leur perception des *Report Cards* ne révèle pas de profil particulier.

Une des conclusions commune à ces différentes études, malgré leurs différences, tient à l'impact somme toute modéré des *Report Cards*, fictifs ou effectifs, sur les consommateurs dont l'opinion et les perceptions ne sont pas radicalement changées par les informations ainsi diffusées.

1.3. Impact sur le choix entre différents types de plans de santé

Une étude, publiée seulement sous la forme d'un *Working Paper* (6), a voulu analyser de façon différente les données relatives aux choix des salariés de la firme GM qui ont servi de base à une autre étude, publiée en 2002 et dont les résultats ont été présentés dans notre précédent rapport (Scanlon 2002, référence 34 du rapport, page 30). Les données disponibles permettaient de connaître l'évolution du choix de plan de santé des employés de GM entre 1996 et 1997, consécutivement à la publication de *Report Cards*. Employant une méthodologie différente, les auteurs de la nouvelle étude retrouvent bien les principaux résultats de la précédente : ce sont les plans de santé qui ont des résultats de qualité inférieurs à la moyenne qui sont disqualifiés alors qu'aucune discrimination n'apparaît entre les plans qui ont des notes dans la moyenne ou au-dessus, indiquant un processus d'élimination des canards boiteux. Mais dans cette nouvelle étude, les auteurs s'intéressent principalement au choix des assurés entre les différents types de plans de santé disponibles, et en particulier au choix des HMOs comparés au système classique fondé sur le paiement à l'acte (*Fee-For-Service*). À partir du modèle élaboré sur la base des comportements observés pour les 2 années prises en compte, il ressort que la publication des *Report Cards* a accru la part de marché des HMOs de 2,81 %, celle-ci étant de 36,6 % en 1996. Mais il faut tenir compte du fait qu'en l'absence d'une telle diffusion publique, cette part aurait augmenté entre 0,21 % et 2,97 %, selon les hypothèses retenues sur l'évolution spontanée des parts de marché des HMOs en l'absence de toute information nouvelle. L'effet de substitution entre types de plans de santé imputable aux *Report Cards* serait donc marginal. Les auteurs ont estimé que, même si tous les HMOs obtenaient les notes les plus élevées, leur part de marché aurait augmenté de 4,45 %.

Cette étude est donc à mettre au rang de celles qui ne donnent pas à la diffusion publique d'indicateurs de la qualité des soins un rôle important dans la prise de décision des consommateurs individuels en matière de choix des fournisseurs de soins.

2. IMPACT SUR L'OFFRE ET LE RÉSULTAT DES SOINS

Nous avons pu mettre en évidence, dans notre premier rapport, que l'effet le plus sensible de la dynamique de diffusion publique d'informations sur la qualité des soins peut être repéré du côté de l'offre de soins, un impact favorable apparaissant assez fréquemment, quoique de façon non systématique, suivant le phénomène précis étudié (l'effet sur les hôpitaux, les réseaux de soins, les gestionnaires de ces organisations, ou les producteurs de soins eux-mêmes). Nous pouvons ici mentionner quelques études complémentaires s'étant intéressées, comme nombre de précédentes,

aux réactions des hôpitaux, et à l'effet ultime de ces ajustements sur la qualité des soins. De façon plus originale, d'autres études ont voulu étudier plus spécifiquement le comportement des plans de santé dans la sélection de leurs prestataires de soins.

2.1. Impact sur les MCOs pour la sélection des prestataires de soins

Dans notre premier rapport, nous avons pu rendre compte des résultats de quelques études sur l'impact du *Public Reporting* sur le comportement d'achat des coalitions d'employeurs. Depuis, nous avons identifié deux articles qui se sont intéressés à l'influence de la diffusion publique d'indicateurs de la qualité des soins sur une autre catégorie d'acteurs, les plans de santé. S'ils se situent davantage du côté de l'offre de soins en proposant des services ambulatoires ou hospitaliers, ils sont eux-mêmes des acheteurs de prestations vis-à-vis des médecins ou des hôpitaux avec lesquels ils contractent. Le comportement des *Managed Care Organizations* (MCOs) en matière de sélection des médecins ou des hôpitaux est donc partie prenante de l'étude des différents effets de la diffusion publique des indicateurs de qualité.

S'inscrivant, comme nombre d'autres études, dans le cadre de l'expérience du CSRS de l'État de New York qui a conduit depuis 1990 à la publication d'informations sur la qualité des soins relative à la pratique du pontage coronarien (risque de mortalité ajusté, nombre de cas traités, éléments se situant en dehors de l'intervalle de confiance à 95 % des résultats globaux), une analyse de son impact sur le comportement des MCOs de cet État a été effectuée (7). Plus précisément, les auteurs se sont intéressés à deux questions complémentaires : les MCOs prennent-ils en compte la qualité pour choisir les chirurgiens cardiaques avec lesquels ils contractent ? Utilisent-ils pour cela l'information publiée sur les taux de mortalité ajustés ?

Pour chercher des éléments de réponse, ils ont procédé à la fois à des entretiens téléphoniques avec les dirigeants des MCOs, de façon à savoir ce qu'ils disent faire, et à une étude de la liste des chirurgiens cardiaques avec lesquels ils ont un contrat, de façon à voir s'ils font vraiment ce qu'ils disent faire en matière de sélection des médecins. Parmi les 53 MCOs de l'État de New York (incluant des HMOs, des IPAs et des PPOs), 31 ont accepté de répondre à l'entretien et 42 ont fourni la liste des médecins sous contrat.

En ce qui concerne les attitudes déclarées vis-à-vis de la qualité, 60 % des répondants ont dit que c'était le facteur le plus important et 33 % ont dit que c'était le deuxième facteur le plus important dans la sélection des chirurgiens. S'agissant des *Report Cards*, 64 % ont déclaré avoir étudié l'information qui y est présentée, et 43 % ont dit qu'ils accepteraient de payer 1 000 \$ pour avoir les rapports s'ils n'étaient pas publiés. De façon cohérente, si 32 % y voient une source d'information majeure, 58 % ne les considèrent que comme une source d'information mineure, et 10 % disent ne pas du tout s'y référer.

Quand on confronte ces attitudes déclarées au comportement effectif des MCOs en matière de sélection des chirurgiens cardiaques, le fait majeur tient à ce que, dans 80,2 % des cas, l'ensemble des chirurgiens sous contrat avec un HMOs dans chaque région de l'État apparaît comme résultant de choix aléatoires par rapport au contenu des *Report Cards*, c'est-à-dire sans corrélation avec l'information sur la qualité que ces derniers fournissent. Plus précisément, s'il apparaît bien une sélection préférentielle par les MCOs des chirurgiens ayant les meilleurs résultats de qualité ou le plus gros volume d'activité, aucun lien n'existe lorsqu'on considère le taux de mortalité ajusté sur le risque, ou les médecins ayant les moins bons résultats. Les auteurs concluent que, au-delà des discours affichés, l'observation des pratiques effectives en matière de sélection des chirurgiens montre des résultats mitigés quant à l'influence des *Report Cards*, d'où il résulte, soit que les MCOs ne donnent pas beaucoup d'importance à la qualité dans l'élaboration de leur réseau de soins, soit qu'ils n'ont pas la même définition de la qualité que celle présentée dans les rapports.

De façon complémentaire, une seconde étude s'est intéressée à l'influence des *Report Cards* sur la sélection des hôpitaux par les HMOs, cette fois-ci dans le cadre du programme CHOP de Californie (8). Parmi les 47 plans de santé en activité dans cet État en 1998, 30 d'entre eux, représentant 79 % des personnes affiliées, ont accepté de répondre à un questionnaire, soit par téléphone soit par écrit. S'intéressant plus généralement aux variables entrant dans le choix des hôpitaux par les HMOs, trois facteurs sont identifiés par ces organisations comme très ou extrêmement importants pour sélectionner les hôpitaux : l'accréditation par la JCAHO, la localisation géographique, et le prix négocié. Trois autres facteurs sont considérés dans une moindre mesure comme très ou extrêmement importants : la satisfaction des membres, la fréquence des jugements pour mauvaise pratique, et la durée de la relation entre le HMO et l'établissement hospitalier. Par contre, les indicateurs de qualité des soins exercent une moindre influence sur la décision de contracter, qu'il s'agisse d'indicateurs de résultats (57 % des répondants trouvant extrêmement ou très importants les taux de mortalité publiés) ou, *a fortiori*, d'indicateurs de processus (entre 23 % et 43 % selon l'indicateur choisi). Enfin, si 70 % des HMOS ont dit avoir consulté au moins une source d'informations publiques sur les résultats des hôpitaux, la plupart d'entre eux estiment que ces données sont très peu ou modérément utiles.

Ainsi, bien que constituant un élément important de la structure de l'offre de soins, les MCOs ne paraissent pas très sensibles aux informations présentées dans les *Report Cards* lorsqu'ils passent des contrats avec des prestataires de soins, adoptant là un comportement plus proche de celui des acheteurs, généralement peu sensibles à la diffusion publique.

2.2. Réaction des fournisseurs de soins et impact sur la qualité des soins

D'une manière générale, nous avons déjà pu constater dans notre premier rapport que la chirurgie cardiaque est souvent prise en exemple du fait de l'existence précoce de *Public Reporting* dans ce domaine. Une toute récente synthèse des connaissances dans ce domaine rappelle en effet que la chirurgie cardiaque présente plusieurs caractéristiques expliquant cette prééminence : la fréquence des pontages, la connaissance attachée aux résultats de ce type d'opération, lesquels sont facilement identifiables, l'ampleur des coûts engendrés, et enfin le caractère émotionnel de ce type d'acte pour les patients (9).

Deux études portant sur cette activité doivent être mentionnées pour les résultats qu'elles fournissent sur les réactions des hôpitaux à la publication de *Report Cards* et pour l'effet qui en résulte sur la qualité des soins. Nous présenterons également une étude relative à l'impact de la diffusion publique d'indicateurs de la qualité des soins hospitaliers en général.

Développant une démarche complémentaire à celles d'autres études sur le sujet, un groupe d'auteurs a voulu examiner l'effet du *Public Reporting* du CSRS de l'État de New York, non pas au niveau global en comparant la qualité des soins dans cet État et son évolution à celle obtenue dans d'autres États ne pratiquant pas la diffusion publique, mais en étudiant son impact entre les fournisseurs de soins y exerçant (10). En utilisant les données de mortalité collectées par le CSRS pour 1999, publiées en 2002, et les évolutions constatées sur les 3 années suivantes, les auteurs cherchent à déterminer si les *Report Cards* ont modifié la distribution des patients entre les hôpitaux, en fonction de leur gravité, et si l'évolution de la qualité des soins (mesurée par la mortalité ajustée) a été différente selon le classement initial en la matière.

Les résultats les plus pertinents montrent que le nombre de pontages a été réduit d'environ 5 actes par mois, soit une réduction d'activité de 10 %, dans les hôpitaux ayant eu initialement les plus forts taux de mortalité. Par contre, aucun effet de report évident n'apparaît pour les hôpitaux ayant eu les résultats de mortalité les plus favorables, sans qu'il soit possible de savoir si cela signifie une réduction globale du nombre de pontages ou une réaffectation parmi tous les autres hôpitaux. De façon plus précise, le déclin d'activité des moins bons hôpitaux touche principalement les patients les moins sévères : les auteurs interprètent cette évolution comme un choix des patients et de leur médecin d'éviter de tels établissements (à l'inverse des patients les plus sévères étant censés avoir besoin de soins urgents et qui, eux, n'auraient pas le temps de choisir le lieu de leur hospitalisation). Enfin, les hôpitaux ayant les moins bons résultats en termes de mortalité sont ceux qui ont amélioré leurs performances, surtout dans les 12 premiers mois suivant la publication du rapport, alors que les hôpitaux ayant eu de bonnes performances initiales ne montrent aucune tendance positive.

Par contraste avec les résultats, somme toute favorables, de cette analyse, une autre étude portant sur la diffusion publique de données relatives à la chirurgie cardiaque présente des conclusions beaucoup plus mitigées (11). Pour mener à bien leur analyse, les auteurs utilisent l'ensemble des données des patients Medicare pour identifier les effets du *Public Reporting* mis en place entre 1991 et 1993 et conduisant à la publication de taux de mortalité ajustés pour les pontages coronariens dans les États de New York et de Pennsylvanie. Mais, contrairement à l'étude précédente, le cadre d'évaluation développé ici vise à permettre une double comparaison de type « avant/après » et « ici/ailleurs », dans la mesure où il s'agit de confronter l'évolution du taux de mortalité consécutivement à la diffusion publique à l'évolution concomitante dans les autres États américains. De la sorte, les auteurs cherchent à vérifier l'existence de certains effets potentiels du *Public Reporting* :

1. La sélection des patients pourrait être induite par la diffusion publique, dans le sens où les praticiens qui y sont soumis éviteraient d'opérer les cas les plus lourds. De même, on devrait assister à un meilleur appariement entre patients et médecins, du fait que les patients les plus sévères auraient une incitation plus forte que les autres à rechercher les meilleurs chirurgiens. Ces deux tendances apparaîtraient bien dans l'analyse statistique des données, puisque la sévérité moyenne des patients pontés dans les deux États a diminué entre 1990 (avant la diffusion publique) et 1994 (après la diffusion publique) alors qu'elle est restée stable ailleurs et que, dans le même temps, le profil des patients ayant un infarctus est resté stable partout. De plus, on retrouverait bien cet appariement avec, d'une part, une plus grande homogénéité des antécédents des patients traités dans les hôpitaux des deux États qu'ailleurs, et, d'autre part, une baisse de la sévérité des patients pontés qui ne se retrouverait pas dans les hôpitaux universitaires des deux États, ceux-ci étant des établissements de meilleure qualité pour les pontages coronariens.
2. L'incidence et le nombre de pontages pourraient être modifiés, les chirurgiens étant incités à davantage opérer les patients les moins sévères. Cette hypothèse est, elle aussi, vérifiée dans la mesure où la probabilité d'être ponté dans l'année suivant un infarctus a davantage augmenté au cours de la période étudiée dans les deux États considérés qu'ailleurs dans le pays, et que cette augmentation relative concerne exclusivement le sous-groupe des patients les moins sévères. À l'inverse, les patients ayant été hospitalisés au moins une fois au cours de l'année précédant leur infarctus (assimilés ici à des patients sévères) ont plutôt tendance à être moins souvent pontés que dans les autres États, bien que cet effet ne soit pas significatif. Au total, cela conduirait à une augmentation importante du nombre de pontages.
3. L'incidence et le nombre de traitements complémentaires ou substituables au pontage coronarien pourraient également être affectés par la diffusion publique, les chirurgiens évitant également ce type de procédures chez les patients les plus atteints. Là encore, cette conjecture se trouve vérifiée par le constat d'une réduction substantielle du nombre d'angioplasties pratiquées dans les deux États par rapport au reste du pays, principalement pour les patients les plus sévères.
4. L'effet de la diffusion publique sur les dépenses de santé et l'état de santé des patients a également été appréhendé. Il apparaît que les dépenses de santé par patient ont davantage augmenté dans

les deux États étudiés, ce qui est cohérent avec le plus grand nombre de pontages pratiqués. Pour autant, si cette évolution a été quelque peu favorable aux patients les moins atteints, pour lesquels le taux de réadmission a diminué, elle s'accompagne d'effets négatifs sur la santé des patients les plus lourds. Les auteurs de l'étude mettent en effet en lumière une augmentation du taux de réadmission pour insuffisance cardiaque et de la fréquence de nouvel infarctus, ainsi qu'une augmentation du taux de mortalité pour ces patients, ces évolutions participant à l'accroissement des dépenses.

Compte tenu de ces différents résultats, les auteurs concluent que la publication de *Report Cards* pour la chirurgie cardiaque dans les Etats de New York et de Pennsylvanie a eu des effets globalement négatifs, au moins à court terme.

Dans notre premier rapport, nous avons fait état de plusieurs études relatives à l'expérience du PHC4 en Pennsylvanie, qui n'ont pas mis en évidence d'effets très marqués de cette expérience de diffusion publique sur les fournisseurs de soins dans cet État. Depuis, nous avons pu identifier une autre étude faite dans le même cadre au cours des années 1990 et qui aboutit à des conclusions beaucoup plus favorables pour l'ensemble des soins hospitaliers (12). Les auteurs de cette étude commencent par rappeler que cette expérience de *Public Reporting*, qui part de l'idée d'une éventuelle antinomie entre la qualité et le coût des soins, comprend deux volets : le premier est censé rendre compte de l'efficacité des soins, mesurée par des indicateurs de résultats sur la mortalité et la morbidité, le second est dévolu à l'efficience économique, appréhendée par la durée de séjour et le coût des soins. Ils ont donc comparé l'évolution des performances des 134 hôpitaux concernés sur ces différents indicateurs entre l'année 1990, date de référence de la publication de *Report Cards* complets, et 1992, de façon à mesurer la nature et l'ampleur de l'impact de la diffusion publique.

Sur la base de plus de 370 000 observations pour chacune des deux années, ils ont ainsi recherché, sous forme de régressions, les facteurs explicatifs de l'évolution entre les deux années de la mortalité et de la morbidité résiduelles, celles-ci correspondant pour chaque année (respectivement) à la différence entre la mortalité (la morbidité) effective et la mortalité (la morbidité) attendue, calculée sur la base de données nationales. Plusieurs résultats significatifs apparaissent alors :

- Les hôpitaux qui avaient les moins bons résultats de mortalité dans le rapport de 1990 sont ceux qui ont le plus amélioré cet indicateur en 1992.
- Les hôpitaux qui avaient les meilleurs résultats financiers (le taux de marge le plus élevé) en 1990 sont ceux qui ont le plus amélioré leurs résultats de mortalité en 1992.
- Les hôpitaux se situant sur les marchés les plus concurrentiels (indice de concentration plus faible) ont davantage amélioré leurs résultats de mortalité que ceux situés sur des marchés moins concurrentiels.

À l'inverse, il ressort aussi de ces études de régressions que les hôpitaux les moins performants en termes de mortalité en 1990 sont ceux qui ont le moins réduit la durée de séjour au cours de la période étudiée, indiquant soit qu'ils ont sacrifié le volume du recours aux soins pour améliorer leur taux de mortalité entre 1990 et 1992, soit qu'ils avaient déjà réduit leurs durées de séjour avant 1990 au détriment des résultats de mortalité. Cela dit, les hôpitaux qui avaient les moins bons indicateurs sur la durée et le coût des séjours en 1990 sont ceux qui ont fait le plus d'efforts dans la période ultérieure. Étudiant enfin l'évolution des parts de marché, les auteurs arrivent à la conclusion que les hôpitaux qui avaient les meilleurs résultats de mortalité en 1990 sont ceux qui ont accru leur part de marché en 1992.

Au total, les auteurs interprètent ces résultats comme une confirmation de la logique de marché à l'œuvre dans les initiatives de diffusion publique : celle-ci modifie effectivement les parts de marché au bénéfice des établissements présentant une meilleure qualité, incitant par anticipation les hôpitaux les moins performants à améliorer la qualité des soins dispensés, d'autant plus qu'ils se situent sur des marchés concurrentiels. Cette étude est donc clairement à mettre au compte des partisans du *Public Reporting*.

En fin de compte, on ne peut que remarquer l'hétérogénéité des résultats obtenus dans les trois études précédentes, qui prolongent le bilan contrasté antérieur. Une fois de plus, aucun résultat ferme ne semble émerger, notamment du fait de la diversité des approches adoptées.

DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS INFLUENÇANT L'IMPACT DE LA DIFFUSION PUBLIQUE

Si l'on accepte l'idée selon laquelle la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins, notamment hospitaliers, est devenue inévitable et que la seule question qui demeure est celle de ses modalités, on est conduit à rechercher les modalités de diffusion qui en maximisent l'impact, compte tenu du fait que toute stratégie de ce type mobilise des moyens coûteux. On trouve dans la littérature sur le sujet deux types d'approches se situant à des niveaux différents. D'un côté, certaines études mettent l'accent sur l'environnement général dans lequel on vise à introduire le *Public Reporting*, ce terme englobant à la fois des facteurs politico-économiques et organisationnels. D'un autre côté, différents auteurs participent à la discussion relative au contenu de la diffusion publique, qui se développe principalement autour de trois questions :

- Quelques auteurs proposent de développer une réflexion sur le choix du format de la diffusion publique en s'appuyant notamment sur les apports de la psychologie cognitive.
- Le choix des indicateurs de qualité constitue un domaine de discussion très important pour la réussite de ce type de projet.
- Enfin, la question des données utilisées et des sources disponibles demeure entière.

1. L'INFLUENCE DES FACTEURS D'ENVIRONNEMENT

Dans un récent article de synthèse, Marshall *et al.* partent des résultats déjà connus sur les effets du *Public Reporting* pour discuter des moyens d'en accroître l'efficacité (13). Partant du fait que les seuls effets apparents notables se sont fait sentir sur les organisations de soins, ce groupe d'experts estime préférable de considérer, d'une part que le but de la diffusion publique est l'amélioration de la qualité des soins, et d'autre part que la cible principale est l'ensemble des organisations de soins. Dans cette perspective l'optimisation du dispositif de diffusion publique ne se restreint pas à la question du format des *Report Cards*, de nombreux autres aspects au rang desquels les mécanismes incitatifs prévus pour favoriser l'amélioration de la qualité en constituent un aspect central.

Ainsi, les fournisseurs de soins sont d'autant plus à même de répondre positivement aux rapports sur la qualité des soins qu'il existe des incitations claires à le faire. Dans le cas contraire, on note une tendance des organisations de soins à se focaliser sur les conséquences financières et les effets d'image dont elles cherchent à limiter l'ampleur en critiquant le message envoyé et son émetteur. Cela dit, l'introduction de sanctions et/ou de récompenses doit également être conçue avec précaution au risque d'induire des changements non désirés (c'est-à-dire les différents types d'effets adverses déjà identifiés). Il faut donc concevoir un système d'incitations qui décourage les effets non désirés et qui récompense les actions recherchées, tout en n'oubliant pas que ces incitations peuvent être explicites

(enveloppe financière, degré de liberté) ou implicites (satisfaction professionnelle, reconnaissance des pairs, avancement de carrière).

Par ailleurs, l'environnement politico-économique interfère avec le système d'incitations et doit également être pris en compte. S'agissant des aspects économiques, la nature des incitations diffère suivant le contexte dans lequel se déroule l'activité de soins. Lorsqu'une logique de marché existe, la maximisation du profit et la question des parts de marché peuvent constituer des motivations puissantes. Dans des systèmes de santé davantage non marchands où la concurrence ne joue pas un rôle important, les incitations économiques peuvent être moins efficaces que d'autres mécanismes, comme l'indépendance vis-à-vis de la tutelle.

Plus généralement, le rôle des agences de régulation doit également être pris en compte. Celles-ci peuvent en effet utiliser les données des rapports publics sur la qualité des soins dans leur propre processus de régulation ou d'accréditation, renforçant ainsi les mécanismes incitatifs existants. Mais un tel pouvoir, surtout lorsqu'il est couplé à la direction et la mise en place du système de diffusion publique, ne sera pas facilement accepté par les fournisseurs de soins si l'agence responsable est perçue comme étant directement sous la coupe d'instances politiques ou gouvernementales, comme l'ont montré certaines expériences nord-américaines ou britanniques. Ce groupe d'experts recommande de dépolitiser les processus de diffusion publique en attribuant la responsabilité à des agences indépendantes, à l'instar de ce qui se passe dorénavant dans les deux pays pré-cités.

Enfin, la culture des organisations de soins constitue une dimension importante pour la réussite d'un système de diffusion publique d'informations sur la qualité des soins. La culture préexistante peut en effet conditionner l'impact du *Public Reporting* au sein d'une organisation de soins en fonction de l'importance donnée à l'amélioration de la qualité. Dans ce sens, on peut citer les résultats d'une étude qui visait à identifier les facteurs exerçant une influence sur la perception des *Report Cards* par les gestionnaires d'établissements hospitaliers (14). Partant des résultats de la littérature, les auteurs élaborent un modèle des déterminants de l'utilité perçue par ces managers de la diffusion publique parmi lesquels il faudrait retenir les caractéristiques des données (pertinence, source, qualité, crédibilité...), l'intensité de l'effort de diffusion par les initiateurs, l'expérience passée des managers avec ces données de performance, et le niveau de performance atteint selon l'estimation qui en résulte. Mais il faudrait aussi tenir compte du degré d'imprégnation de l'organisation avec la culture de l'amélioration des performances qui jouerait de façon transversale pour moduler l'effet des déterminants précédents. Pour l'essentiel, cette étude vise à tester empiriquement ces déterminants supposés, en prenant appui sur une expérience de *Public Reporting* ayant eu lieu en 1999 dans la province canadienne de l'Ontario. Après identification, 344 managers des 89 établissements concernés ont reçu un questionnaire élaboré à cet effet, auquel 59 % ont répondu. Il en résulte que la perception de l'utilité de cette expérience de *Report Cards* est significativement corrélée à la fois à certaines de

ses caractéristiques techniques (qualité et pertinence des données, complexité du rapport) et à des facteurs organisationnels (intensité de la diffusion, existence d'une culture d'amélioration des performances). En ce sens, la perception de la diffusion publique, si ce n'est sa réussite, serait bien conditionnée par la culture préexistante dans les établissements hospitaliers.

Pour Marshall *et al.*, l'environnement culturel serait également à prendre en compte comme un élément qui pourrait être modifié par la diffusion publique. En signalant l'importance de la qualité, en insistant sur le besoin de mettre l'accent sur les patients, les soins qu'ils reçoivent et les effets de santé qui en résultent, les informations publiées renforceraient la position des personnes promouvant l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux, et favoriseraient les changements culturels nécessaires.

2. LE CONTENU DE LA DIFFUSION PUBLIQUE

Cela dit, s'ils soulignent l'importance des facteurs relatifs à l'environnement du *Public Reporting*, ces auteurs n'ignorent pas l'importance des aspects plus techniques de la diffusion publique, comme le rappelle l'étude canadienne précédente. L'adhésion des professionnels suppose en effet qu'on mette l'accent sur des aspects cliniques apparaissant comme importants, que l'on fasse attention à la définition des données et au problème du *case-mix*, ainsi qu'à certains aspects pratiques comme la précision et l'exhaustivité des données, ou la rapidité de la diffusion. Il ne faut également pas oublier d'engager le public dans cette dynamique de diffusion, de façon à accroître son efficacité. Mais pour cela, les rapports publiés doivent avoir d'autres qualités :

- Ils doivent être compréhensibles. À cet égard, il faut par exemple éviter les indicateurs de qualité intangibles ou peu familiers des patients, et les accompagner d'explications (les patients ne savent souvent pas s'il faut préférer un taux d'hospitalisation pour asthme faible ou élevé). Il faut aussi leur donner des indicateurs synthétiques pour éviter la multiplication et la complexité d'informations devenant ininterprétables.
- Ils doivent être faciles d'accès, c'est-à-dire non seulement largement diffusés mais aussi disponibles sous des formats variables au choix des patients.
- Ils doivent porter sur des mesures qui ont un intérêt pour les patients, et pas pour les soignants comme c'est souvent le cas avec des données de mortalité relatives à un événement peu fréquent. De même, il faudrait privilégier l'évaluation de la qualité des soins à un niveau qui leur est utile, celui des médecins, plutôt que celui des plans de santé.
- Il faut également proposer des informations pertinentes pour le patient individuel en fonction de son profil, et non des résultats globaux obtenus sur un ensemble trop vaste de patients dissemblables.
- Enfin, la crédibilité de la diffusion publique exigerait qu'elle émane d'entités indépendantes, de façon à éviter la méfiance du grand public qui préfère souvent s'en remettre à des sources d'information plus proches et plus informelles.

Ce sont certains de ces aspects techniques sur lesquels différentes études ont été publiées que nous allons maintenant détailler, en distinguant le problème du format de présentation des résultats, la question des modalités de mesure de la qualité, et celle relative aux données utilisées.

2.1. Le format de la présentation

Si l'on veut favoriser les choix des patients en leur proposant de tenir compte d'informations sur la qualité des soins dispensés, encore faut-il leur fournir ces éléments selon un format qui en rende l'utilisation possible. Quelques auteurs suggèrent de s'appuyer sur les connaissances en matière de psychologie cognitive de façon à rationaliser véritablement la présentation des informations aux individus.

On en trouve la trace dans une vaste synthèse sur les *Report Cards* publiée en 1995, dont l'un des apports était d'alerter dès cette date sur les obstacles cognitifs de cette dynamique alors récente de diffusion de l'information sur la qualité des soins, compte tenu du fait que l'utilisation de l'information suppose qu'elle ait du sens et qu'elle ne soit pas trop complexe, les humains étant limités dans la quantité d'informations qu'ils peuvent utiliser et dans la façon de l'utiliser (1). Cet auteur en appelle alors à la psychologie cognitive qui permet de révéler ces limites. Il se réfère en particulier aux travaux de Kahneman et Tversky, qui ont décrit trois principes heuristiques par lesquels les individus traitent des données probabilistes et les biais qui en résultent, ainsi que trois autres facteurs identifiés par d'autres chercheurs et qui affecteraient la façon dont les individus répondent à l'information reçue :

1. La représentativité est le premier de ces trois principes heuristiques, celui-ci consistant à généraliser une observation ponctuelle. Ainsi, dans le cadre de *Report Cards* donnant des informations sur certains types de soins, par exemple, il existerait un risque de généralisation abusive à l'ensemble des soins.
2. La disponibilité est le deuxième principe heuristique, renvoyant pour sa part au fait que l'estimation de la probabilité d'un événement par un individu dépend de la mémorisation de son occurrence. Dès lors, les événements rares auraient tendance à être sous-estimés par les individus qui n'y ont pas été confrontés, ou au contraire sur-estimés lorsqu'ils sont survenus. Dans le cadre qui nous intéresse, des informations données sur le taux d'infections post-opératoires par exemple, pourraient n'être pas du tout utilisées par certains ou avec une pondération excessive pour d'autres, selon les expériences de chacun.
3. L'ancrage est ce principe heuristique qui consiste à rapprocher une information objective reçue d'un niveau de référence subjectif. Dans ce cas, tout indicateur de résultats fourni au niveau d'un médecin ou d'un hôpital pourrait être interprété tout à fait différemment selon le niveau de référence de chacun.
4. Au-delà de la façon dont l'information est traitée par les individus, les modalités de présentation peuvent jouer. Un effet de présentation pourrait donc intervenir sur la perception et les choix des

patients, notamment lorsqu'il s'agit de données de mortalité. On se contentera ici de citer, à titre d'exemple, le fait que les individus préfèrent avoir 80 % de chances de vivre que 20 % de chances de mourir.

5. Des biais d'invulnérabilité peuvent également survenir qui font penser qu'on n'est pas en danger vis-à-vis de certaines maladies, et par voie de conséquence, rendent insensible aux informations données sur la qualité des soins qui concernent ces pathologies : un tel effet est généralement dû au fait qu'on préfère ignorer les informations qui dérangent.
6. Enfin, il faut tenir compte du risque d'excès d'informations qui conduit généralement les individus à les ignorer purement et simplement.

De façon plus précise, deux chercheurs de la RAND ont présenté les quatre principaux résultats des travaux de psychologie cognitive qui s'appliquent, d'après eux, aux *Report Cards* (15) :

- En premier lieu, il est nécessaire de définir le contexte dans lequel il faut replacer l'information reçue. Les lecteurs appréhendent en effet un document avec une série de questions en tête et ils en arrêtent rapidement la lecture lorsqu'ils n'y trouvent pas de réponse. De même, ils interprètent un document à la lumière de leurs propres connaissances et anticipations, ce que les spécialistes de psychologie cognitive appellent des *schémas*. Les lecteurs ont donc besoin de savoir quel *schéma* est approprié, et plus généralement quel type de document est un *Report Card*. Par ailleurs, la structure d'un document affectant sa compréhension et sa mémorisation, il est nécessaire d'adopter une structure hiérarchique, allant du général au particulier, correspondant le mieux à l'esprit humain. Mais pour utiliser au mieux un document, les lecteurs ont aussi besoin de savoir à quoi l'information présentée est censée servir, pourquoi ils devraient s'y intéresser et comment s'articulent les différents éléments d'information. Ce serait la raison pour laquelle il ne faut pas faire appel à des experts techniques pour élaborer des documents destinés au grand public, dans la mesure où ils ont tendance à organiser l'information d'une façon qui n'est parlante que pour eux et où ils ont du mal à adapter la communication vers des non-experts.
- Les caractéristiques du texte présenté peuvent être adaptées pour en faire un document plus facilement utilisable, qu'il s'agisse de l'organisation spatiale des graphiques, des textes ou de la typographie.
- La conception des graphiques et tableaux doit également obéir à certaines règles qui en améliorent l'efficacité, cela incluant le type de représentation en fonction du type d'information (valeurs numériques, comparaisons...), le choix de symboles, le recours à la couleur.
- L'adaptabilité des rapports est un aspect important du fait qu'ils sont destinés à être utilisés par des publics hétérogènes. Du fait que les utilisateurs diffèrent par leurs attentes, leurs questions, leurs *schémas*, leur familiarité avec les différents modes de représentation, et leur expérience dans l'utilisation d'informations objectives pour faire leurs choix, il est souhaitable d'envisager des formats de présentation adaptables en fonction de l'utilisateur. À cet égard, la présentation des rapports sur

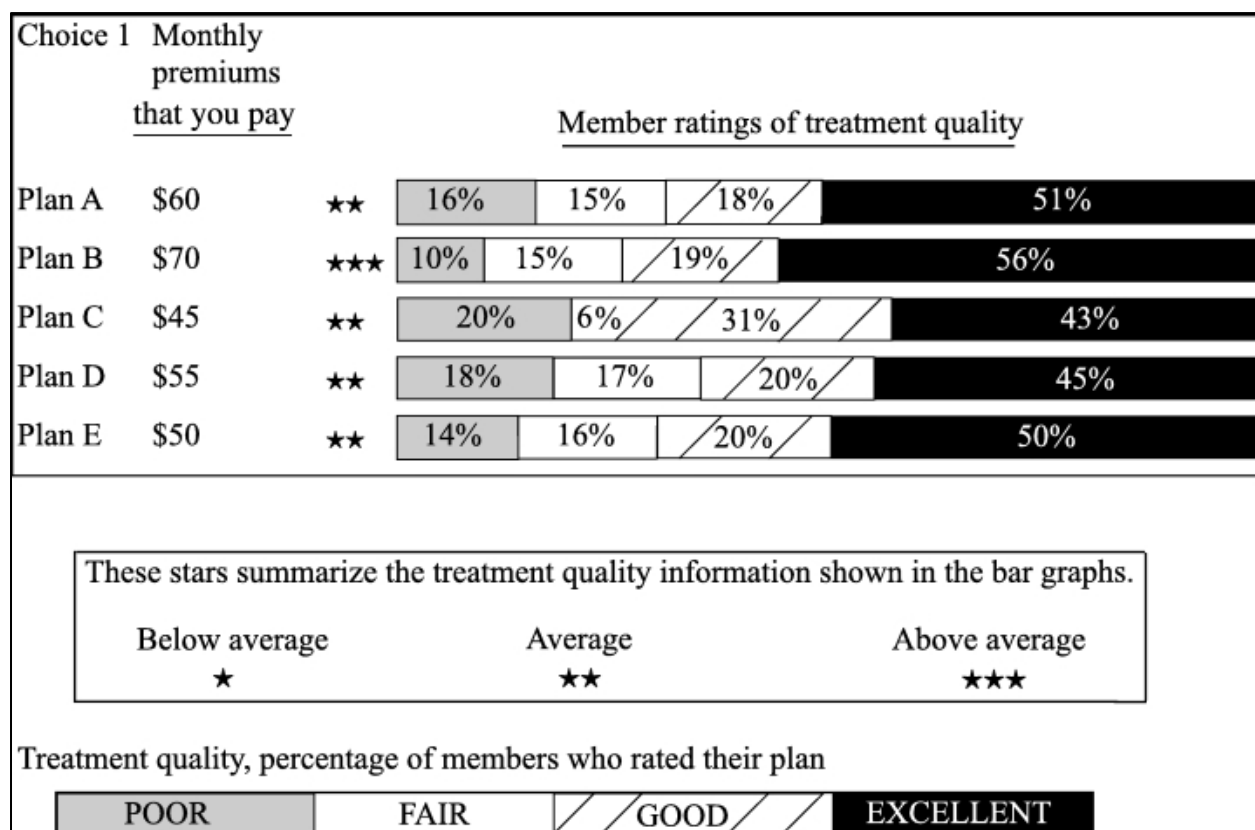
la qualité des soins à travers des sites Web constitue la meilleure solution par la capacité d'adaptation des documents alors possible.

Au-delà de ces principes généraux et de leur portée pour les documents de support de la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins, nous n'avons pu identifier par nos recherches bibliographiques qu'une seule étude présentant les résultats d'une expérience visant à prendre plus concrètement la mesure de l'impact du format de présentation sur les choix des consommateurs (16). On peut en effet être tenté d'expliquer l'impact très limité des *Report Cards* sur les consommateurs par l'inadaptation de leur format aux besoins et capacités cognitives du grand public, et espérer en renforcer l'efficacité par de meilleurs choix concernant les modalités de présentation.

Partant des résultats de la recherche en psychologie selon lesquels les préférences sont instables et sensibles à la façon dont les choix sont décrits ou présentés, ce groupe d'auteurs a voulu tester l'influence des modalités de présentation sur les choix des consommateurs entre des plans de santé. Plus précisément, ils ont recouru au principe suivant lequel le poids donné à un attribut dans un choix est proportionnel à la facilité ou à la précision avec laquelle la valeur de cet attribut crée un sentiment affectif (bon/mauvais). Dans le cas de choix entre plans de santé, ce principe implique que les informations sur les coûts, parce que cet attribut est à la fois précis et familier, vont faire l'objet d'une pondération plus importante que les informations sur la qualité, qui sont plus difficiles à comprendre pour les consommateurs. Les auteurs ont donc soumis 162 volontaires à trois expériences visant à tester la possibilité d'accroître le poids donné aux informations sur la qualité des soins par rapport aux coûts de plans de santé fictifs présentant des caractéristiques différentes.

Dans la première expérience, les participants ont été séparés en trois groupes qui devaient tous faire des choix entre plans de santé en fonction de leur prix et de la qualité des soins (mesurée par la satisfaction des assurés supposés), les informations sur cet attribut étant présentées différemment pour chacun des trois groupes : un histogramme empilé des effectifs pour chaque niveau de satisfaction pour un groupe (de faible à excellent), un classement sous forme de 1 à 3 étoiles pour le deuxième, l'histogramme empilé et le classement en étoiles pour le troisième (comme illustré par le graphique 1). Tous les participants étaient soumis aux mêmes choix entre cinq plans de santé, le plan ayant les meilleurs résultats de qualité étant toujours le plus coûteux. Il résulte de cette expérience que les groupes de patients qui disposaient du classement en étoiles des plans de santé en fonction de la qualité ont significativement plus souvent choisi le plan le plus cher et de meilleure qualité que le groupe ne disposant que de l'histogramme. Les auteurs en concluent que le format de présentation des données de qualité influence le poids donné à cet attribut dans le processus de décision des consommateurs.

Graphique 1. Exemple de données de qualité présentées à l'un des groupes de participants



La deuxième expérience consistait à faire choisir entre plans de santé deux groupes de participants, dont l'un disposait d'un classement alphabétique des plans de santé avec leur prix et la satisfaction des assurés hypothétiques (classés d'insatisfaits à très satisfaits), tandis que l'autre groupe disposait d'un classement par niveau décroissant de satisfaction pour chaque gamme de prix possible. Cette expérience a permis de faire ressortir que les choix exprimés maximisent davantage la qualité (pour un niveau de prix donné) lorsque les données de qualité sont ordonnées que lorsqu'elles ne le sont pas.

La troisième expérience a voulu tester l'importance du format de présentation de l'évolution des performances de plans de santé alternatifs. Les participants ont été séparés en trois groupes auxquels les informations sur deux plans de santé entre lesquels ils devaient choisir différaient par leur contenu et leur format :

- Les membres du groupe 1 ne connaissaient que le prix et les résultats de satisfaction des assurés fictifs pour l'année en cours.
- Ceux du groupe 2 disposaient en plus d'informations sur la satisfaction au cours des années précédentes et de leur évolution sous forme d'un pourcentage explicite avec un signe positif ou négatif (comme illustré dans le graphique 2). Le plan A avait un prix et un niveau de satisfaction pour l'année en cours plus élevés que le plan B, mais celui-ci montrait une tendance à l'amélioration à l'inverse du plan A.

- Les membres du groupe 3 disposaient des données brutes de satisfaction, mais pas des pourcentages d'évolution.

Graphique 2. Exemple de présentation des tendances d'évolution de la satisfaction

	Member Satisfaction with Quality of Care					Monthly Premiums
	In Past Years				This Year	This Year
	1995	1996	1997	1998	1999	1999
HMO Plan A Score	70	69	67	66	65	\$60
(Percentage change from previous year)		-1.4 Percent	-2.9 Percent	-1.5 Percent	-1.5 Percent	
HMO Plan B Score	56	57	57.5	59	60	\$45
(Percentage change from previous year)		+1.8 Percent	+0.9 Percent	+2.6 Percent	+1.7 Percent	
<p>Which HMO plan would you be more likely to choose: Plan A <i>or</i> Plan B? Please check only ONE of the 7 boxes on the scale below.</p>						
More likely to choose HMO plan A				More likely to choose HMO plan B		
Much more likely to choose A Moderately more likely to choose A Slightly more likely to choose A Both plans equal				Slightly more likely to choose B Moderately more likely to choose B Much more likely to choose B		
Check ONE box only ⇒	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7

Les résultats font apparaître que les participants du groupe 2, disposant d'informations explicites sur l'évolution des performances, ont significativement plus souvent que les participants des deux autres groupes choisi le plan B présentant une évolution favorable.

Enfin, les auteurs de cette étude ont également procédé à une quatrième expérience visant à tester l'impact d'une présentation synthétique des informations sur la qualité des soins. Les participants ont alors eu à effectuer deux choix à quelques minutes d'intervalle entre deux plans de santé A et B. Pour chacun des deux choix, les plans étaient décrits par trois attributs de qualité (les services aux clients, les soins préventifs, la qualité des traitements), chacun de ces trois attributs étant lui-même mesuré par trois indicateurs. Pour le premier choix, les participants disposaient des trois indicateurs seulement pour l'attribut sur la qualité des traitements, tandis qu'ils avaient une mesure synthétique de chacun des deux autres attributs. Pour le second choix, les participants disposaient des trois indicateurs pour l'attribut sur les services aux clients, mais n'avaient qu'une mesure synthétique pour chacun des deux autres attributs.

Les réponses des participants confirment les résultats attendus selon lesquels les personnes interrogées fondent leur choix sur le nombre d'indicateurs favorables à un plan de santé par rapport à l'autre, même s'ils sont relatifs au même attribut. C'est dire que présenter les performances en matière de qualité des traitements par un seul indicateur synthétique ou par trois indicateurs spécifiques n'est

pas neutre, les participants choisissant davantage le plan de santé le mieux noté sur cet attribut dans le second cas.

Au total, les auteurs concluent des résultats de leurs quatre expériences que le format de présentation n'est pas neutre et qu'il est possible d'influencer les consommateurs pour qu'ils donnent davantage de poids aux informations sur la qualité lorsqu'ils ont à faire des choix en matière de santé.

De façon plus anecdotique, on peut également citer un court article présentant les vertus du diagramme en radar, ou en toile d'araignée, pour représenter graphiquement les résultats obtenus sur différentes dimensions de qualité des soins, et les comparer éventuellement à une norme prédéfinie, comme on en voit fréquemment dans des tests comparatifs d'équipements électro - ménagers (17). De même, on peut mentionner un article présentant les apports de certaines représentations graphiques issues du monde industriel pour présenter des indicateurs de performance (18). Ces suggestions ont au moins le mérite de rappeler qu'une expérience en matière de mesures de performances et de présentation des résultats existe dans d'autres domaines que celui de la santé, et qu'il serait utile d'en tirer parti en s'intéressant à ces autres cas de diffusion d'indicateurs de qualité.

2.2. Le problème du choix des indicateurs

Cette question centrale fait l'objet de plusieurs contributions qui renvoient chacune aux différents problèmes soulevés par la mesure de la qualité. Le problème du choix des indicateurs soulève d'abord la question de la capacité des données à refléter de manière significative la qualité des soins. Autrement dit, quelle est la définition de la qualité des soins, est-elle identique pour toutes les parties prenantes du système et si non, comment déterminer une mesure commune ? Se pose ainsi la question de la définition de la qualité sachant qu'il y a fort peu de chances qu'un consensus sur des dimensions communes de la qualité se dégage spontanément entre les différentes parties prenantes : financeur, producteur de soins, consommateur et régulateur. Dans cette perspective, certains auteurs prônent l'élaboration d'indicateurs pour chaque catégorie de partenaires alors que d'autres recherchent plutôt une évaluation partagée fondée sur une batterie d'indicateurs communs.

Derrière la définition de la qualité le choix des indicateurs renvoie à la question de l'objectif de la diffusion publique : s'il s'agit de réguler le marché par la qualité, les indicateurs pertinents ne seront pas les mêmes que s'il s'agit de développer en interne des démarches d'amélioration continue de la qualité ou encore s'il s'agit de développer la démocratie sanitaire. Une autre question soulevée par le choix des indicateurs porte sur l'élément mesuré : mesure-t-on le résultat de la production de soins, certaines étapes du processus ou d'autres éléments censés rendre compte de manière pertinente de la qualité ? Le pouvoir discriminant des informations produites est aussi discuté. Enfin, dans une perspective de diffusion publique aux patients, la sélection des indicateurs devrait prendre en compte leurs attentes pour accroître la pertinence de l'information utilisée pour leur choix.

2.2.1. La question de la définition de la qualité

La nécessité d'objectiver la qualité se pose dès lors qu'aucun mécanisme de marché ne conduit à une évaluation spontanément partagée par l'ensemble des parties prenantes. Il en résulte un débat sur le choix des dimensions de la performance ainsi mesurée par des indicateurs : de quelles perspectives ce choix est-il le reflet, sachant qu'une multitude de partenaires et donc de points de vue sont inclus dans la production de soins ? La plupart des auteurs adoptent les indicateurs les plus courants sur le marché sans explicitement les replacer dans la perspective de tel ou tel autre partenaire de la production de soins. Nous n'avons trouvé qu'une référence qui soulève la question de la pluralité des dimensions de la qualité (19) et qui souligne l'importance d'identifier chacune des perspectives, non pas tant pour les opposer les unes aux autres, mais pour tenter de les intégrer dans un modèle commun : à partir d'une étude des points de vue des différents acteurs de services d'urgence, l'auteur argumente pour un modèle intégré de la mesure de la qualité, considérant que la production de soins nécessite la collaboration de tous et sert une communauté d'intérêts. Deux groupes d'acteurs sont identifiés : les acteurs hospitaliers (médecins, infirmières et managers) et les acteurs extra-hospitaliers (services de soins à domicile et paramédicaux). Les acteurs hospitaliers appartiennent à trois catégories différentes d'hôpital : les hôpitaux universitaires, les hôpitaux généraux et les petits hôpitaux. Après l'accord obtenu auprès des autorités compétentes, un questionnaire est envoyé à chacun des participants sélectionnés de manière aléatoire pour l'étude. Au total, 685 questionnaires ont été remplis, ce qui correspond à un taux de réponse global de 62 %. Dans les questionnaires, il est demandé aux participants de classer et d'évaluer 104 indicateurs de qualité des services d'urgence en fonction de leur capacité à rendre compte de l'adéquation de la réponse des services d'urgence aux besoins des patients. Une échelle de Likert de sept points (pas très important = 1 ; extrêmement important = 7) est utilisée pour l'évaluation. Les résultats confirment les divergences de points de vue quant à l'évaluation de la qualité pour chacune des parties prenantes : les médecins ont la note moyenne la plus basse et la plus grande variation pour les 104 indicateurs. Les notes données par les infirmières et le personnel des services de soins à domicile sont pour 76 % des indicateurs les plus hautes. La corrélation la plus haute est trouvée entre les évaluations des infirmières et des managers hospitaliers, les corrélations les plus faibles entre les personnels des services de soins à domicile et les quatre autres catégories de partenaires. En ne retenant que les 16 indicateurs ayant reçu la note la plus élevée dans chacun des groupes, on s'aperçoit que les différents acteurs se sentent en premier concernés par les indicateurs relatifs à leur rôle et leur capacité à fournir des soins d'urgence : les infirmières et les managers hospitaliers accordent une grande importance aux indicateurs relatifs aux processus, aux capacités de production et à la satisfaction des patients. Les managers sont aussi intéressés par les taux d'utilisation des services ainsi que par leur coût. Les personnels des services de soins à domicile considèrent comme prioritaires les indicateurs qui rendent compte des liens entre les services d'urgence et les services extra-hospitaliers. Les paramédicaux privilégient les indicateurs de processus incluant les services ambulanciers. Les médecins accordent aussi de l'importance aux indicateurs de processus,

aux conditions de travail et aux coûts. Comme les paramédicaux, ils n'incluent pas la satisfaction des patients dans leurs 16 premiers indicateurs.

Empruntant à la littérature de sciences de gestion un modèle d'évaluation de la performance organisationnelle, l'auteur propose une lecture intégrée de ces différents points de vue en les organisant autour de quatre axes : l'axe des processus de soins, celui des conditions de travail (aspect structurel et organisationnel), celui des résultats en termes de santé et celui des relations avec l'environnement hospitalier. En facilitant l'identification des intérêts partagés par l'ensemble des acteurs, ce modèle permet de réaliser que, malgré la diversité des dimensions de la qualité pour chacune des parties prenantes, l'amélioration de la performance dans le cadre d'une perspective ne peut se faire au détriment des autres perspectives. En outre, lorsqu'une catégorie de partenaires comprend ce qui pose problème à une autre catégorie, l'amélioration est plus rapide, la meilleure compréhension des situations favorisant la coopération.

Compte tenu de la diversité des définitions de la qualité, il est possible qu'un même indicateur ne renvoie pas à la même dimension de la qualité : cela est particulièrement fréquent pour l'indicateur « satisfaction des patients » dont le contenu varie selon la catégorie d'appartenance de son initiateur (hôpitaux, plans de santé, organismes publics...).

Ainsi certains auteurs soulignent que l'information donnée par un indicateur peut recouvrir des réalités différentes dépendantes de la méthodologie suivie par le producteur de cet indicateur. Cet élément a été mis en évidence en particulier à propos de l'information diffusée aux consommateurs pour choisir un plan de santé (20). L'analyse des indicateurs de performance d'un groupe de médecins intervenant dans plusieurs plans de santé fait ainsi apparaître des corrélations moyennes ou faibles entre les indicateurs, rendant théoriquement impossible la comparaison entre ces plans. De manière tout à fait convergente avec d'autres études sur le sujet, les principales raisons évoquées ici relèvent de questions méthodologiques (définition de l'indicateur, méthodes d'ajustement au risque, méthodes statistiques). Au-delà de ces problèmes méthodologiques, ce constat permet de souligner l'importance de développer une base d'indicateurs établie sur des définitions communes à l'ensemble des partenaires concernés de façon à garantir l'utilité et la crédibilité de la mesure ainsi effectuée.

Dans cette perspective, McGlynn (21) propose un certain nombre de critères permettant selon elle d'assurer une production pertinente d'indicateurs cliniques au regard notamment de l'objectif de comparabilité. Ainsi :

- Les mesures de la performance clinique devraient porter sur un domaine qui présente un impact significatif sur la santé aussi bien d'un point de vue de santé publique (causes principales de mortalité ou de morbidité) que du point de vue du consommateur (problèmes de santé qui affectent le plus les consommateurs).
- Les mesures de la performance clinique devraient être sélectionnées dans des domaines où le lien entre processus et résultats est établi au niveau scientifique.

- Les mesures de la performance devraient porter sur des domaines où la qualité varie de manière substantielle entre les différents plans de santé (ou bien où l'on observe un écart important par rapport à la norme).
- Les mesures de la performance devraient porter sur des domaines où les parties prenantes peuvent intervenir sur les dysfonctionnements. En d'autres termes, la qualité doit dépendre de facteurs maîtrisables par les acteurs du système de soins pour que la mesure de la performance soit efficace.

Si la littérature recensée ne permet pas de trancher la question quant au type d'indicateurs pertinent pour objectiver la qualité, elle a cependant le mérite d'attirer l'attention sur le fait qu'une définition commune de la qualité n'est pas réalisable sans privilégier un point de vue plutôt qu'un autre. Ce qui nous renvoie à la question des objectifs de la diffusion publique.

2.2.2. La question des objectifs de la diffusion publique

Constatant que le *Public Reporting* génère un certain nombre de tensions antagonistes entre les différents partenaires (tensions relatives à la collecte, l'utilisation et la dissémination de données permettant la comparaison), certains auteurs s'interrogent sur la pertinence du *Public Reporting* au regard des objectifs de la stratégie de diffusion d'information. S'il s'agit de faire jouer les forces du marché, le *Public Reporting* serait nécessaire (bien que son efficacité ne soit pas entièrement démontrée). S'il s'agit d'assurer la qualité en incitant les établissements de santé à développer des démarches d'amélioration de la qualité, le recours au *Public Reporting* n'est pas forcément adapté pour détecter et analyser les dysfonctionnements, proposer des améliorations et en organiser le suivi. Par là même, les démarches d'amélioration de la qualité cherchent moins à éliminer les moins bons qu'à leur permettre d'identifier les meilleures pratiques pour améliorer leurs performances, réduire la variabilité des performances observée entre les établissements et assurer la qualité. Par-delà une simple opposition d'apparence entre deux modalités d'amélioration de la qualité, il faut y voir la nécessité d'opérer un arbitrage entre l'utilisation du *Public Reporting* comme moyen de réduire l'asymétrie d'information sur le marché des soins et la confiance que l'on peut accorder aux producteurs de soins pour s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité sans incitation extérieure.

La prise en compte des différents objectifs des acteurs du système de soins modèle également les stratégies de dissémination de l'information. Love *et al.* (22) distinguent ainsi trois catégories de modèles de diffusion de l'information selon la nature des initiateurs :

- le modèle de la dissémination initiée par les fournisseurs de soins, caractérisé par une association volontaire de fournisseurs de soins pour rassembler et diffuser au sein du groupe ainsi constitué des données pour des études de part de marché ou pour évaluer la qualité. La diffusion ainsi organisée vise en premier les besoins d'information des producteurs sur un

marché concurrentiel. La part des informations diffusées au public dépend de l'intensité concurrentielle du marché et de la volonté de chaque producteur de soins. Malgré cet accès limité à l'information, ce type de modèle peut entretenir indirectement la concurrence sur le marché en jouant sur un effet de réputation et favoriser ainsi la qualité.

- le modèle de la dissémination initiée par les acheteurs : dans ce modèle, ce sont les acheteurs (entreprises généralement regroupées en coalition) qui, dans le cadre des négociations des plans de santé pour leurs employés, suscitent la production et la diffusion d'indicateurs de performance de manière « volontairement obligatoire » pour les payeurs et les producteurs de soins. L'incitation à la production de données est maintenant renforcée par des incitations financières à la qualité. Ainsi, le plan de santé de General Motors lie les primes demandées aux salariés aux scores de coût et de qualité. Les coalitions d'entreprises peuvent également négocier des objectifs à atteindre en termes de performance qui donnent lieu à des versements aux acheteurs si les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur des attentes.
- le modèle de la collaboration indirecte par l'intermédiaire d'un tiers : ce modèle est caractérisé par l'intervention d'une tierce partie visant à introduire les objectifs de responsabilité financière (*accountability*) et d'amélioration de l'information des consommateurs. Il s'agit « de lever le voile de l'ignorance » sur la production de soins. La diffusion publique d'informations comparatives développée dans ce modèle crée les conditions d'une concurrence par la qualité en favorisant la responsabilité des producteurs de soins et en éclairant la décision des consommateurs et des acheteurs par des données objectives et crédibles. La participation des producteurs de soins à la production d'information peut être rendue obligatoire soit dans le cadre de la régulation du secteur, soit sous la pression de la concurrence qui incite à la labellisation. Face à la résistance des producteurs de soins que l'on peut généralement observer dans ce modèle, il est nécessaire :
 - d'assurer la crédibilité des données par un processus de production transparent,
 - de sélectionner des informations pertinentes pour la qualité des soins, mais ne présentant pas un caractère stratégique pour l'établissement,
 - d'utiliser de manière appropriée les données en reconnaissant notamment les limites,
 - d'associer l'ensemble des partenaires à l'organisation du système de diffusion publique.

Au-delà de la caractérisation de ces trois modèles, les auteurs préconisent un certain nombre de recommandations pour assurer le succès d'une stratégie de diffusion publique : en particulier, ils soulignent l'importance de prendre *conjointement* en considération les trois niveaux de toute stratégie de diffusion publique que sont :

- le niveau opérationnel (objectifs poursuivis, organisation de la collecte et de l'utilisation des données, financement des opérations de diffusion publique).
- le niveau technique (qualité des données, transparence de la méthode utilisée et poursuite des recherches d'amélioration des méthodes).

- le niveau politique (équilibre dans la prise en compte des intérêts des différents partenaires, capacité à construire la confiance entre les différents partenaires, à négocier entre les différents intérêts, équité d'accès à l'information et aux résultats, objectivité et indépendance).

2.2.3. Indicateurs de résultat et indicateurs de processus

La question de savoir s'il faut produire plutôt des indicateurs de résultat que de processus fait l'objet de nombreux débats encore ouverts. Mais comme le rappelle McGlynn (21), l'objectif prioritaire de ce type de réflexions doit être de contribuer à la détermination de la meilleure mesure possible de la qualité. L'« avantage historique » des indicateurs de résultats est aujourd'hui contrebalancé par la nécessité de fournir des informations aussi pertinentes que possible sur la qualité des soins autant pour les patients que pour les producteurs de soins.

La diffusion publique s'est initialement organisée autour des indicateurs de résultat et en particulier autour du taux de mortalité et de toutes ses variantes (taux de mortalité ajusté, taux de mortalité à n jours...). L'accessibilité et le faible coût de collecte de ce type d'information dû à son renseignement en routine par les services administratifs des établissements sont les raisons généralement évoquées pour expliquer cette situation. Mais en contrepartie se posent au moins deux grandes catégories de problèmes : des problèmes de méthode et des problèmes de causalité.

a) Des problèmes de méthode

Un certain nombre de problèmes méthodologiques alimentent en effet le débat autour de ce type d'indicateurs. Citons les problèmes de l'ajustement au risque liés à la difficulté des algorithmes utilisés de prendre en compte tous les facteurs de risque effectifs. Shahian *et al.* (23) citent une étude portant sur le système de reporting en chirurgie cardiaque dans l'État de New York où le modèle d'ajustement sur le risque n'explique que 7,3 % de la variation des taux de mortalité au niveau des chirurgiens, 0,4 % de la variation des taux de mortalité au niveau de l'hôpital, et 8 % de la variation des résultats au niveau des patients. Ces mêmes auteurs rappellent que ces résultats convergent avec ceux que l'on trouve déjà dans la littérature. Au-delà des difficultés d'ajustement au risque, des distorsions significatives peuvent apparaître si le groupe de patients sur lequel porte la mesure n'est pas homogène dans les faits : c'est ce que Cleves et Golden (24) démontrent à partir de l'étude des taux de mortalité ajustés pour les patients ayant eu une arthroplastie de la hanche publiés par le *Health Care Financing Administration* (HCFA) entre 1987 et 1994. Le HCFA publiait un taux de mortalité ajusté pour l'ensemble des patients, alors que les auteurs démontrent que cette population n'est pas homogène, mais se divise en deux groupes : les patients ayant eu une arthroplastie de la hanche à la suite d'une fracture et ceux ayant eu le même type d'intervention à la suite d'une maladie dégénérative. Or ces causes d'intervention ont un impact significatif sur les taux de mortalité, les taux de mortalité des patients avec fracture étant plus élevés que ceux des patients avec maladie dégénérative.

b) Des problèmes de causalité

Même si les taux de mortalité présentent une mesure synthétique, compréhensible, facile et peu coûteuse à produire, leur capacité à rendre compte de la qualité des processus est remise en cause par un certain nombre d'études : en d'autres termes, rien ne permet d'assurer que de bonnes performances en termes d'indicateurs de résultats reposent systématiquement sur l'observation de bonnes pratiques professionnelles et sur de bonnes performances en termes d'indicateurs de processus. L'étude présentée par Krumholz *et al.* (25) comparant un système de classement d'hôpitaux pour l'infarctus aigu du myocarde sur la base d'indicateurs de résultats d'une part et de processus d'autre part, montre que s'il y a une corrélation globale pour l'ensemble des hôpitaux retenus, la corrélation n'est plus significative à l'intérieur des groupes d'hôpitaux constitués en fonction de leurs performances (5 classes d'hôpitaux : du plus performant au moins performant). Parmi les causes possibles explicatives de cette distorsion, les auteurs avancent le fait que les taux de mortalité ne peuvent pas identifier les processus spécifiques qui nécessitent des améliorations. D'une manière générale, ils pensent qu'ils sont faiblement corrélés avec la qualité des soins et qu'ils devraient être utilisés pour des audits internes de la qualité en complément d'autres informations. Pour le public, des mesures portant sur les processus de prise en charge seraient plus utiles dans la mesure où elles renseigneraient sur l'adéquation des pratiques de l'hôpital avec celles qui sont reconnues comme des bonnes pratiques au niveau national.

En fait, l'état actuel de la littérature ne permet pas d'arbitrer pour un type d'indicateurs plutôt qu'un autre. Chacun comporte des avantages et des inconvénients qui lui sont propres comme le rappelle McGlynn (21) (encadré 1). Cependant, il semble que se dégage une tendance pour associer les deux types d'indicateurs en vue de fournir une information plus complète sur la qualité des soins, renvoyant alors à la question de la complexité de l'information ainsi produite notamment pour le patient. Love *et al.* (22) en font d'ailleurs une condition de pérennité des systèmes de *Public Reporting*. Une autre voie ouverte par Kessler (26) serait de travailler sur des indicateurs de qualité non directement reliés à la production ou aux résultats de soins, mais à l'effort que les patients consentent à réaliser pour accéder à des soins de qualité. L'auteur pose l'hypothèse que le choix d'un hôpital est motivé par les différences de qualité et donc que le coût du transport accepté par le patient peut être un indicateur de la qualité de l'hôpital. En d'autres termes, les hôpitaux dont la zone d'attractivité est grande offriraient des soins de meilleure qualité que ceux qui recrutent à proximité. Cet indicateur aurait le mérite de contourner les problèmes de comportements opportunistes des producteurs de soins induits par la publication d'indicateurs de résultats. Bien plus, comme la distance est corrélée négativement à l'état de santé avant le traitement, on peut espérer que la publication de telles données encouragerait les médecins à recruter les patients les plus malades.

Encadré 1 : Avantages et inconvénients comparés des indicateurs de processus et de résultats
(d'après McGlynn (21))

Indicateurs de processus	
Avantages	Inconvénients
1 – Mesures directes de ce qui est fait pour un individu ou un groupe 2 – Évaluation des soins dans un délai relativement court 3 – Recours à des échantillons de taille réduite pour les processus communs 4 – Évaluation à partir de données existantes et non à construire spécifiquement 5 – Sensibilité aux actions des médecins ou aux évolutions des plans de santé 6 – Utilité pour les médecins comme support pour orienter leurs pratiques	1 – Peu de signification pour les patients à moins que le lien avec le résultat soit expliqué 2 – Si la mesure se présente sous un taux, le « bon » taux peut ne pas être connu 3 – En général très spécifiques à une maladie ou à un type de soins particulier, ce qui nécessite une mesure sur plusieurs établissements ou services pour représenter la qualité d'un groupe particulier de patients
Indicateurs de résultats	
Avantages	Inconvénients
1 – Plus significatifs pour les consommateurs et les acheteurs de soins 2 – Représentent plus clairement les objectifs d'un système de soins 3 – Fournissent une mesure synthétique de l'efficacité des soins parmi une variété de conditions, types de soins ou processus de soins	1 – Influence de facteurs non maîtrisables dans le cadre des systèmes de soins 2 – Comparaisons difficiles si les mauvais résultats sont rares 3 – Nécessitent de larges échantillons pour détecter des différences statistiquement significatives 4 – Peuvent nécessiter d'obtenir des données directement des patients 5 – Temps d'observation qui peut être long 6 – Difficultés d'interprétation si délais importants entre les activités de soins et le résultat

Pour maîtriser les facteurs liés au financement des soins, l'étude porte sur les patients souffrant de pathologies cardiaques, relevant de Medicare et à ce titre, acceptés dans presque tous les hôpitaux américains.

L'auteur montre que :

- les hôpitaux dont les patients viennent de loin obtiennent de meilleurs résultats que les autres, toutes choses étant égales par ailleurs ;
- le rapport coût-efficacité d'un traitement délivré dans un hôpital dont les patients viennent de loin est meilleur que les normes admises en la matière ;
- il n'y a pas de relation entre les résultats obtenus dans les hôpitaux dont les patients viennent de loin et l'état de santé des patients à l'admission ;

- Enfin, le pouvoir discriminant d'un indicateur fondé sur la distance par rapport à un indicateur de résultat est réel pour les hôpitaux qui ont un taux de mortalité élevé, mais pas pour ceux qui ont un faible taux de mortalité.

Cette étude a le mérite d'ouvrir d'autres pistes de recherches pour la mesure de la qualité, en introduisant une troisième catégorie d'indicateurs (quatrième si on se réfère à la typologie de Donabedian, 2001, qui distingue les indicateurs de structure, de processus et de résultats). Mais elle reste encore largement exploratoire, portant sur une pathologie et un groupe de patients bien déterminés.

2.2.4. La nécessité d'organiser une information discriminante

Si la pertinence de la sélection des indicateurs de qualité peut être évaluée en fonction de leur capacité à induire des comportements qui améliorent la qualité des soins, alors il est nécessaire que les informations diffusées permettent de distinguer les différents niveaux de performance. Dans un récent article, deux experts du *Public Reporting* soulignent que l'une des limites de la diffusion publique tient à ce que les consommateurs ont souvent le choix entre un nombre limité d'hôpitaux dans leur zone d'habitation et que leurs performances respectives, telles qu'elles y sont présentées, ne sont pas assez discriminantes, la plupart des établissements se trouvant « dans la moyenne » (27).

Le pouvoir discriminatoire de l'information renvoie à au moins deux grands types de problèmes méthodologiques soulevés par la production de ces données :

- a) Le choix des pathologies sur lesquelles organiser une production d'indicateurs est important pour assurer la sensibilité de l'indicateur : la taille de l'échantillon dans chaque hôpital doit en effet être suffisamment importante pour que les différences relevées entre les hôpitaux soient statistiquement significatives et que les patients réalisent qu'il existe de réelles différences entre les hôpitaux.
- b) Les méthodes de classement modifient également le pouvoir discriminatoire des résultats. Il est important de choisir une méthode adaptée qui permette de distinguer les hôpitaux les uns par rapport aux autres sans pour autant céder aux exigences de fiabilité et de précision qui assurent la crédibilité du système de *Public Reporting*. Robinowitz et Dudley (27) proposent ainsi deux moyens pour développer le pouvoir discriminatoire des classements :
 - réduire l'étendue de l'intervalle de confiance de la variable mesurée (le taux de mortalité ou autre) en passant par exemple de 95 % à 90 %, ce qui aurait pour effet de faire davantage ressortir les performances extrêmes ;
 - opérer un classement des hôpitaux par catégorie suivant le niveau relatif des performances (les 10 % ayant les meilleurs scores étant classés dans la catégorie des « meilleurs ») ou en fonction du niveau relatif et d'une valeur absolue choisie comme référence. Dans ce cas, les résultats doivent être présentés en fonction de la taille des hôpitaux de façon à contourner le problème posé par la taille de l'échantillon (la probabilité que la performance d'un hôpital de grande taille soit sur ou sous-estimée est moins élevée pour les établissements de grande

taille que pour ceux de petite taille - sous-entendu qui traitent un grand volume de patients versus un petit volume de patients).

Cependant, augmenter le pouvoir discriminatoire des données peut entraîner une production d'informations plus techniques qui serait alors contre-productive en particulier pour le patient. Cette remarque nous renvoie d'une manière générale au problème du format de présentation des données (cf. supra) et plus spécifiquement à la nécessité d'accompagner les résultats présentés de commentaires aussi précis que possible pour décrire, avec des termes simples, la performance de l'hôpital au regard de la référence retenue. Il s'agit d'éviter de faire supporter au patient la charge d'une analyse technique pour laquelle il ne dispose pas forcément des compétences adéquates. Mais cet exercice n'est pas toujours aisé comme le montre l'exemple suivant (27) : si le taux de mortalité moyen retenu comme standard est de 10 %, que l'on considère qu'un hôpital réalise une bonne performance avec un taux inférieur à 8 % (et une mauvaise performance avec un taux supérieur à 12 %), comment traduire littéralement la situation d'un hôpital qui a un taux de mortalité moyen de 7 %, mais avec une large distribution (de 3 à 11 %) ? Ces informations permettent en effet de dire que l'hôpital ne réalise pas une mauvaise performance et même qu'il est possible qu'il soit performant. On retrouve là l'arbitrage à réaliser entre l'assurance des qualités métrologiques des données à diffuser et les besoins de clarté et simplicité de l'information nécessaires pour éclairer le choix du patient.

2.2.5. La prise en compte des préférences des patients

En fonction des objectifs poursuivis par le programme de diffusion publique, le choix d'une batterie d'indicateurs repose implicitement sur un modèle d'utilisation de l'information par le patient. Généralement, le patient est supposé se comporter de manière rationnelle et utilise donc l'information fournie pour sélectionner les meilleurs médecins ou établissements de santé, maximisant ainsi le rapport coût/qualité. Cependant, quelques constats sur les préférences des patients remettent en cause cette hypothèse de départ. Il faut ici souligner le faible nombre d'études spécifiques sur cette question, les constats suivants étant en général intégrés dans des études plus globales sur le choix des indicateurs indépendamment de la cible visée. Nous n'avons relevé que deux études s'intéressant spécifiquement à la pertinence des indicateurs diffusés dans la perspective des patients (28,29).

Les constats sur les préférences des patients sont les suivants :

- Plutôt que d'avoir à sa disposition les résultats de tous les hôpitaux d'une région géographiquement étendue dans un rapport général, certains auteurs prônent une diffusion d'indicateurs restreinte aux établissements de proximité ou aux médecins, considérant que ces limitations favorisent une production plus conforme aux désirs des patients de recevoir des soins dans une zone géographique proche de leur domicile et une utilisation plus efficace de l'information pour des patients qui ont besoin de comprendre les différences entre les hôpitaux locaux.
- Certains auteurs pensent qu'un patient peut chercher simplement à éviter les hôpitaux les moins performants plutôt que d'être pris en charge dans un hôpital considéré comme le meilleur. Dans ces conditions, les indicateurs devront être publiés par hôpital et accompagnés d'un indicateur

permettant au patient de situer ces résultats par rapport à une moyenne. D'autres soulignent que les patients ont tendance à comparer les indicateurs deux à deux plutôt que de rapporter chaque indicateur à un indicateur de référence.

- Un auteur attire l'attention sur le fait que les indicateurs de satisfaction des patients ne sont pas forcément synonymes de qualité des soins, l'insatisfaction pouvant résulter du diagnostic ou des conséquences de la maladie. Si la satisfaction des patients et la qualité des soins peuvent être considérées comme complémentaires, la première ne garantit pas ou ne prédit pas forcément la seconde. La diffusion conjointe de ces deux types d'indicateurs peut perturber le choix des patients dans la mesure où on ne sait pas aujourd'hui comment un patient priorise les indicateurs de satisfaction par rapport aux autres indicateurs fournis. En tout état de cause, si le patient établit son choix par rapport aux indicateurs de satisfaction plutôt que de qualité, il est peu probable que la diffusion publique ait les effets attendus d'amélioration de la qualité.
- La diffusion d'une batterie d'indicateurs portant sur différentes dimensions de la qualité peut être contre-productive pour le patient : Gandhi *et al.* (28) montrent ainsi, en comparant les évaluations de la qualité développée dans cinq domaines différents (processus de soins, satisfaction du patient, fonctionnement de l'établissement, respect des protocoles de prise en charge du diabète et de l'asthme), que chaque patient n'accorde pas la même importance à chacune de ces dimensions. Autrement dit, pour chaque individu, toutes les informations ne sont pas équivalentes et les classements qui fournissent des mesures multiples de différents aspects de la qualité peuvent donner des messages conflictuels pour les individus.
- Enfin, Fung (29) met en évidence la demande des patients pour des indicateurs de la qualité relationnelle (courtoisie, respect, communication, ponctualité) en complément des indicateurs de qualité techniques qui sont habituellement diffusés. Son étude concerne les préférences des patients dans le choix d'un nouveau médecin en ambulatoire. La généralisation de ce résultat à la qualité de la production de soins dans les établissements de santé est difficile à faire d'emblée même si l'auteur pense qu'il serait utile d'en tenir compte pour les informations diffusées à propos des plans de santé ou des hôpitaux. La combinaison de ces deux catégories d'indicateurs aurait en effet le mérite de faire évoluer les pratiques des médecins sur deux aspects de la qualité que les patients valorisent. Elle serait cependant plus coûteuse en termes de collecte d'informations (par rapport à un *Public Reporting* organisé seulement sur des indicateurs techniques) puisque la meilleure source de données pour les indicateurs de qualité relationnelle est le patient lui-même.

2.3. La question des sources de données

L'importance de cette question est aujourd'hui soulignée par un certain nombre d'auteurs au regard des conséquences potentielles de la diffusion des données sur la qualité : conséquences financières pour les hôpitaux si des incitations financières sont associées aux résultats obtenus en termes de classement ou conséquences sur la réputation pour les médecins obtenant un mauvais classement.

Pour ces auteurs, la qualité des résultats est entre autres liée à la qualité des données utilisées qui dépend elle-même de la nature des données. Deux sources de données sont ainsi analysées dans la littérature : les données de type administratif, instruites par les demandes de paiement ou de remboursement, et les données de type médical provenant des dossiers des patients.

Chacune de ces sources de données présente des avantages et des inconvénients.

Les bases de données de type administratif sont censées rassembler des informations dont le contenu est défini sur la base de standards nationaux. La collecte de ces données est plus familière pour les producteurs de soins et/ou les financeurs, elle se fait à moindre coût même si elle nécessite à chaque étape de la procédure - de la sélection des informations à la production et la validation des résultats - du personnel. Elle permet enfin la comparaison entre les sites.

Les bases de données médicales sont établies en collaboration avec les professionnels de la santé concernés par le domaine évalué : elles s'appuient sur un consensus entre pairs qui peut en faciliter l'appropriation, l'utilisation et l'acceptabilité des résultats. Elles font l'objet d'un système de collecte spécifique, en général à construire et à organiser entièrement pour le domaine ou la pathologie évalué(e). Elles peuvent donc être coûteuses même si elles nécessitent en général un personnel moins nombreux, mais souvent plus qualifié. Par la participation des professionnels qu'elles imposent, la construction de ces bases fait œuvre pédagogique les obligeant à réfléchir et discuter sur la qualité.

Compte tenu de la diversité des avantages et inconvénients de chacune de ces deux sources de données et de l'impact qu'une mesure de la qualité diffusée peut avoir sur le public, sur les financeurs ou même sur les fournisseurs de soins, la question de leur capacité à mesurer précisément la qualité se pose. Ce sont les données administratives qui sont le plus évaluées car elles sont plus souvent utilisées pour la mesure de la qualité. L'efficacité de cette source de données est renseignée soit en comparant les résultats de mesure de la qualité obtenus en utilisant une base de données administratives avec les résultats issus d'observation de pratiques professionnelles (30), soit en comparant les résultats des évaluations utilisant des bases de données soit administratives, soit médicales, soit les deux (31). Ces deux études concernent la prise en charge du diabète pour laquelle des indicateurs de qualité sont clairement identifiés et reconnus par la communauté scientifique. Dans le premier cas, les auteurs mettent en évidence que la mesure de la qualité fondée uniquement sur des données administratives est sous-estimée par rapport à la mesure effective fondée sur le relevé individuel des pratiques professionnelles. Dans le second cas, les auteurs montrent que les diverses sources de données utilisées produisent des résultats différents en fonction de l'indicateur qui est mesuré et que l'utilisation des données administratives conduit souvent à sous-évaluer la qualité des soins. Bien plus, cette sous-estimation de l'adéquation aux standards de qualité est associée aux caractéristiques des patients quand les indicateurs sont uniquement mesurés avec des données administratives. Ainsi, les patients les plus vieux ont une probabilité plus élevée que les plus jeunes d'avoir une sous-estimation du test d'hémoglobine glyquée A1c. De même les patients noirs ont une probabilité plus élevée que les Blancs d'avoir une sous-estimation du nombre d'examens de dépistage

de la rétinopathie diabétique. Enfin, la souscription à différents plans de santé se répercute aussi sur la qualité de l'estimation.

Les raisons avancées pour expliquer les difficultés soulevées par l'utilisation de données administratives sont les suivantes :

- des problèmes de codage, des actes non enregistrés parce que facturés avec une autre prestation ;
- le caractère plus ou moins routinier de la pratique évaluée favorisant son inclusion dans la base de données ;
- l'étendue de la couverture du plan santé qui peut exclure certains actes ou le recours à des producteurs de soins hors plan ;
- le mode de rémunération des professionnels, le paiement à l'acte favorisant l'enregistrement des données par le médecin plus que la capitation.

La provenance des données peut aussi modifier la perception et la compréhension des *report cards* par les dirigeants d'un hôpital. Telle est l'hypothèse posée par Romano *et al.* (32) quand ils comparent les *Report Cards* produits dans le cadre du projet CHOP (utilisation de données administratives) avec ceux produits dans le cadre du système de *reporting* de New York en chirurgie cardiaque (*New York's Cardiac Surgery Reporting System, CSRS*, utilisation de données médicales). Une enquête auprès des dirigeants de 374 hôpitaux en Californie et 31 à New York leur permet d'évaluer la qualité des rapports, la perception de leur utilité et les connaissances relatives aux méthodes de classement. Les résultats sont mitigés et ne permettent pas de conclure quant à l'impact différencié d'une source de données par rapport à l'autre :

- Si ces rapports sont bien diffusés dans les hôpitaux de l'échantillon et même considérés comme plus performants que les rapports produits par la HCFA à la fin des années 80, l'ensemble des évaluations reste entre passable et bon.
- Les rapports utilisant uniquement des données médicales obtiennent de meilleures notes que ceux qui se réfèrent aux données administratives.
- La compréhension de la notion d'ajustement au risque apparaît limitée même au niveau de la direction des hôpitaux.
- L'appréciation de l'utilité du rapport dépend du classement de l'hôpital : les hôpitaux dont le taux de mortalité est légèrement supérieur aux taux de mortalité de référence trouvent les rapports plus utiles que ceux qui ont un taux de mortalité plus bas ou carrément beaucoup plus élevé.

Au final, les auteurs reconnaissent ne pas pouvoir fournir de réponses claires quant à l'impact de la source de données dans la mesure où les meilleurs résultats obtenus pour les rapports fondés sur les données médicales peuvent être aussi liés à d'autres facteurs non contrôlés par l'étude : temps plus court entre la production et la diffusion des données, contrôle plus important sur le système de *Public Reporting* par la communauté des cardiologues, échantillon constitué de grands hôpitaux dont le volume d'activité en chirurgie cardiaque est important.

BIBLIOGRAPHIE

1. Penzer JR. Grading the report card: lessons from cognitive psychology, marketing, and the law of information disclosure for quality assessment in health care reform. *Yale J Regul* 1995;12(1):207-56.
2. Mukamel DB, Weimer DL, Zwanziger J, Gorthy SFH, Mushlin AI. Quality report cards, selection of cardiac surgeons, and racial disparities: a study of the publication of the New York State Cardiac Surgery Reports. *Inquiry* 2004;41(4):435-46.
3. Schultz J, Thiede CK, Feldman R, Christianson J. Do employees use report cards to assess health care provider systems? *Health Serv Res* 2001;36(3):509-30.
4. Braun BL, Kind EA, Fowles JB, Suarez WG. Consumer response to a report card comparing healthcare systems. *Am J Manag Care* 2002;8(6):522-8.
5. Fowles JB, Kind EA, Braun BL, Knutson DJ. Consumer responses to health plan report cards in two markets. *Med Care* 2000;38(5):469-81.
6. Chernew M, Gowrisankaran G, Scanlon DP. Learning and the value of information : the case of health plan cards. 2002.
<http://www.frbsf.org/publications/economics/papers/2002/wp02-17bk1.pdf>> [consulté le 10-1-2007].
7. Mukamel DB, Mushlin AI, Weimer D, Zwanziger J, Parker T, Indridason I. Do quality report cards play a role in HMOs' contracting practices? Evidence from New York State. *Health Serv Res* 2000;35(1 Pt 2):319-32.
8. Rainwater JA, Romano PS. What data do California HMOs use to select hospitals for contracting? *Am J Manag Care* 2003;9(8):553-61.
9. Marasco SF, Ibrahim JE, Oakley J. Public disclosure of surgeon-specific report cards: current status of the debate. *ANZ J Surg* 2005;75(11):1000-4.
10. Cutler DM, Huckman RS, Landrum MB. The role of information in medical markets: an analysis of publicly reported outcomes in cardiac surgery. 2004.
http://www.people.hbs.edu/rhuckman/hbs_dor_5.13.04.pdf> [consulté le 10-1-2007].
11. Dranove D, Kessler D, McClellan M, Satterthwaite M. Is more information better? The effects of "report cards" on health care providers. *J Political Eco* 2003;111(3):555-88.
12. Evans JH, Hwang Y, Nagarajan N, Shastri K. Involuntary Benchmarking and quality improvement: the effect of mandated public disclosure on hospitals. *J Account Audit Finance* 1997;12(3):315-46.
13. Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care* 2004;16(Suppl 1):i57-63.
14. Soberman Ginsburg L. Factors that influence line managers' perceptions of hospital performance data. *Health Serv Res* 2003;38(1 Pt 1):261-86.
15. Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. *Med Care Res Rev* 2002;59(1):3-35.

16. Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting health plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Serv Res* 2002;37(2):291-313.
17. Lancaster DR, King A. The spider diagram nursing quality report card: bringing all the pieces together. *J Nurs Adm* 1999;29(7-8):43-8.
18. Guthrie B, Love T, Fahey T, Morris A, Sullivan F. Control, compare and communicate: designing control charts to summarise efficiently data from multiple quality indicators. *Qual Saf Health Care* 2005;14(6):450-4.
19. Tregunno D, Ross BG, Barnsley J, Murray M. Competing values of emergency department performance: balancing multiple stakeholder perspectives. *Health Serv Res* 2004;39(4 Pt 1):771-91.
20. Simon LP, Monroe AF. California provider group report cards: what do they tell us? *Am J Med Qual* 2001;16(2):61-70.
21. McGlynn EA. Choosing and evaluating clinical performance measures. *Jt Comm J Qual Improv* 1998;24(9):470-9.
22. Love DE, Paita LMC, Custer WS. Data sharing and dissemination strategies for fostering competition in health care. *Health Serv Res* 2001;36(1 Pt 2):277-90.
23. Shahian DM, Normand SL, Torchiana DF, Lewis SM, Pastore JO, Kuntz RE, *et al.* Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique. *Ann Thorac Surg* 2001;72(6):2155-68.
24. Cleves MA, Golden WE. Assessment of HCFA's 1992 Medicare hospital information report of mortality following admission for hip arthroplasty. *Health Serv Res* 1996;31(1):39-48.
25. Krumholz HM, Rathore SS, Chen J, Wang Y, Radford MJ. Evaluation of a consumer-oriented internet health care report card: the risk of quality ratings based on mortality data. *JAMA* 2002;287(10):1277-87.
26. Kessler DP. Can ranking hospitals on the basis of patients's travel distances improve quality of care? Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005.
27. Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006;27:517-36.
28. Gandhi TK, Francis EC, Puopolo AL, Burstin HR, Haas JS, Brennan TA. Inconsistent report cards: assessing the comparability of various measures of the quality of ambulatory care. *Med Care* 2002;40(2):155-65.
29. Fung CH, Elliott MN, Hays RD, Kahn KL, Kanouse DE, McGlynn EA, *et al.* Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Serv Res* 2005;40(4):957-77.
30. Gruber T, Rudnitsky B. Can we be certain of PRO accuracy and accountability? Inaccurate "report cards" generated by medicare claims data as a marker for laboratory testing in diabetic patients. *Am J Med Qual* 2002;17(5):171-4.

31. Keating NL, Landrum MB, Landon BE, Ayanian JZ, Borbas C, Guadagnoli E. Measuring the quality of diabetes care using administrative data: is there bias? *Health Serv Res* 2003;38(6 Pt 1):1529-45.
32. Romano PS, Rainwater JA, Antonius D. Grading the graders: how hospitals in California and New York perceive and interpret their report cards. *Med Care* 1999;37(3):295-305.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax. : +33 (0) 1 55 93 74 00