

Indicateurs de qualité : utilisation et avantages

Michael Heberer^a, Heidemarie Weber^b, Atanas Todorov^c

La publication du nombre de cas et du taux de mortalité au sein de groupes définis de patients fait toujours l'objet d'une controverse. Depuis 2005, l'Hôpital universitaire de Bâle diffuse chaque année ces informations sur Internet. Conscients qu'une telle procédure suscite des réserves – fondées ou non –, nous estimons que cette publication est justifiée. Par ailleurs, nous considérons qu'il est du devoir des hôpitaux d'informer le grand public, car transparence rime avec confiance.

Si l'indication du nombre de cas permet d'avoir un aperçu de l'expérience des hôpitaux, celle du taux de mortalité renvoie à la sûreté et aux risques liés à un traitement. Cette communication répond au concept de « patient responsable », lequel revendique l'échange d'informations et les possibilités de participation aux décisions.

Le nombre de cas et le taux de mortalité peuvent-ils être considérés comme des indicateurs de qualité ?

Il est aujourd'hui incontestable que, pour de nombreuses interventions hospitalières, le nombre de cas et le taux de mortalité peuvent être mis en relation avec la qualité des traitements. L'expérience a montré que lorsque le nombre de cas se situe en-deçà du seuil critique, les résultats sont mauvais¹⁻⁵. Il reste pertinent de rappeler que ce lien n'est pas toujours confirmé⁶⁻⁸, que ce rapport n'est pas strictement linéaire et que le nombre de cas peut produire des effets différents.

Néanmoins, il s'avère souvent que la bonne qualité des traitements exige un nombre minimum de cas : l'interaction complexe de différents groupes de professions et disciplines lors d'un traitement médical suppose de l'expérience et une pratique régulière. Les nombres minimaux de cas, exigés aujourd'hui dans beaucoup de pays pour de nombreuses procédures, sont l'expression de ces réflexions.

En revanche, l'utilisation du taux de mortalité comme indicateur de qualité est moins évidente : beaucoup d'interventions sont réalisées en vue d'améliorer certaines fonctions, de soulager des douleurs et d'atteindre, à *long terme*, un meilleur taux de survie. A cet égard, pour les malades se trouvant dans un état grave et critique, les risques médicaux de même que les conséquences potentiellement mortelles sont à prendre en considération. Pour cette raison, un taux de mortalité élevé pendant ou immédiatement après le séjour à l'hôpital (mortalité à 30 jours) pourrait également refléter l'intensité thérapeutique ou les troubles associés à une maladie primaire du patient (comorbidité). Cet argument va à l'encontre d'une faible mortalité comme indicateur de la haute qualité des traitements⁹. Néanmoins, des analyses d'un grand nombre de cas tendent à attester le lien existant entre une qualité élevée des soins médicaux et un taux de mortalité bas. Il convient toutefois de noter quelques limitations concernant ce lien : il existe uniquement pour certains groupes de patients (pas pour l'ensemble des hôpitaux), il ne peut être prouvé concrètement que si les groupes de cas sont importants et il ne peut pas toujours être optimisé par un « ajustement des risques ». En effet, les facteurs de risque importants ne sont pas totalement connus et ont des conséquences différentes selon les conditions (*case mix adjustment fallacy*)¹⁰.

Il va de soi que les données relatives au nombre de cas et au taux de mortalité de certains groupes de patients alimentent le débat concernant la qualité des traitements médicaux, que ce soit au sein des hôpitaux ou parmi le grand public. Ces informations revêtent donc une certaine importance et peuvent être décrites comme des indicateurs de qualité. Elles comportent en outre d'autres avantages : elles sont déduites à partir de données administratives de routine, leur collecte ne représente aucune charge supplémentaire et elles permettent de faire face aux erreurs et à la manipulation.

a P^r Michael Heberer, prof. en médecine, FACS, MBA, directeur du ressort processus médicaux et qualité, membre du comité de direction de l'hôpital, Hôpital universitaire de Bâle
 b Heidemarie Weber M.A., d^r en phil., responsable de la gestion de la qualité, Hôpital universitaire de Bâle
 c D^r Atanas Todorov, FETCS, codage médical, Hôpital universitaire de Bâle

Il convient toutefois de garder à l'esprit que le nombre de cas et le taux de mortalité ne permettent pas de tirer des conclusions directes en ce qui concerne la qualité d'une prestation médicale. Même ajustés au risque, ces deux paramètres ne permettent pas d'atteindre l'objectif visé. Il n'est donc pas pertinent de vouloir faire un classement des hôpitaux en se basant sur ces données.

Comment ces indicateurs de qualité sont-ils enregistrés ?

Les informations relatives aux nombres de cas et au taux de mortalité intéressent le grand public et les hôpitaux. Toutefois, nombreux sont les établissements hospitaliers qui craignent que le grand public interprète, à tort, ces informations comme une mesure de la qualité des prestations médicales, ce qui pourrait déséquilibrer les flux de patients. Certains hôpitaux, favorisés par les résultats des premières enquêtes affichant un taux de mortalité plus faible pour un groupe défini de patients, (ab)usent de ces informations à des fins publicitaires. Toutefois, dans de nombreux établissements, ces données sont étudiées en fonction de leur plausibilité, du lien de cause à effet et du potentiel d'amélioration, puis confrontées à des mesures visant à améliorer la qualité. Dans cette optique, la publication de ces indicateurs de qualité atteint un objectif important.

La perception du grand public est tout aussi ambivalente dès que l'on se réfère à la presse : d'un côté, les journaux établissent et publient des classements d'hôpitaux en se basant sur ces indicateurs et, d'un autre côté, les journalistes soulignent les limites de ces évaluations. Mais il est indéniable que le grand public recherche et reçoit ces informations.

Dans cette perspective, on observe que la publication répétée de ces données fait perdre tout sens critique au grand public et, de la même manière, aux hôpitaux. La première publication produit toujours de grands effets ; mais après chaque nouvelle diffusion, le débat perd en intérêt et en intensité. Cette évolution vers la normalité mériterait d'être saluée si les résultats permettaient toujours de déduire des mesures visant à améliorer la qualité. Des incitations internes et externes sous-tendraient ce processus continu d'amélioration. Le fait qu'une institution s'oriente vers cette

amélioration de la qualité dépend à la fois de critères éthiques et de l'influence durable des flux de patients. Quant aux incitations venant de l'extérieur, elles font défaut à l'heure actuelle et le nouveau système DRG ne palliera pas (encore) ce manque. Il existe donc, de ce point de vue, un certain potentiel d'amélioration.

Que va changer la large publication de ces indicateurs ?

Seuls les chiffres dont l'interprétation produit des effets sont pertinents. Certains dispositifs, comme l'admission dans les hôpitaux, le remboursement ou la discussion entre experts (évaluation par les pairs) peuvent rendre efficace la publication des nombres de cas et du taux de mortalité de groupes définis de patients. Du point de vue de la gestion de la qualité, les discussions entre experts revêtent une importance particulière car des améliorations sont possibles par l'apprentissage (bonnes pratiques) et l'innovation (optimisation et renouvellement de procédés). Il convient, à cet égard, de développer une culture de l'erreur visant des améliorations durables, centrée sur l'intérêt du patient et évitant les effets publicitaires à court terme.

Apprendre grâce aux « meilleurs » (bonnes pratiques) signifie aller observer les prestataires présentant des nombres de cas très élevés et un taux de mortalité très faible pour ensuite comparer les procédures de ces secteurs et de ces cliniques à ses propres procédures. Quiconque a déjà effectué un stage dans un autre hôpital est en mesure de reconnaître le potentiel de telles visites.

Le principe des discussions entre experts est bien connu dans le domaine médical. L'échange global d'expériences lors de congrès et via la presse et les médias électroniques sont monnaie courante. Récemment, le concept de l'évaluation locale par les pairs a été complété : des experts externes discutent sur place des procédures et des résultats d'un hôpital en se basant sur les données des patients. Il en résulte des propositions concrètes d'amélioration, profitant avant tout à l'hôpital concerné ¹¹. Ces discussions ouvertes, couplées à une culture de l'erreur cherchant non pas des coupables mais des améliorations possibles, supposent des mesures d'indicateurs de qualité et visent à des optimisations améliorant les valeurs mesurées.

Résumé

La publication des nombres de cas et du taux de mortalité pour des groupes définis de patients peut sans nul doute contribuer à la gestion de la qualité des soins. A cet effet, les données doivent être analysées puis évaluées dans le cadre d'une telle gestion. Grâce à ces données, les experts pourront identifier les améliorations possibles et élaborer des mesures concrètes qui seront ensuite mises en œuvre dans les unités responsables de l'organisation des hôpitaux. Par la même occasion, les patients, les médecins et les personnes intéressées peuvent déduire, à partir de ces données, des informations sur les activités prioritaires des hôpitaux. Mais surtout, la transparence qui en résultera créera un climat de confiance autour du système hospitalier, dont ont besoin aussi bien le grand public que les patients.

L'article est paru le 26 janvier 2012 dans la publication
« Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2008/2009 »
(www.bag.admin.ch/iqhs).

Bibliographie

1. Phillips KA, Luft HS, Ritchie JL. The association of hospital volumes of percutaneous transluminal coronary angioplasty with adverse outcomes, length of stay, and charges in California. *Med Care* 1995;33:502-514.
2. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1745-1751.
3. Lavernia CJ, Guzman JF. Relationship of surgical volume to short-term mortality, morbidity, and hospital charges in arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995;10:133-140.
4. Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: A systematic review and meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg* 2011.
5. Hernandez-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM. Relationship between patient safety and hospital surgical volume. Health Research and Educational Trust 2011; DOI:10.1111/j.1475-6773.2011.01310.x.
6. Kurlansky PA, Argenziano M, Dunton R, Lancey R, Nast E, Stewart A, Williams T, Zapolansky A, Chang H, Tingley J, Smith CR. Quality, not volume, determines outcome of coronary artery bypass surgery in a university-based community hospital network. *J Tissue Eng Regen Med* 2011; doi:10.1016/j.jtcvs.2011.10.043.
7. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, Decker C, Krumholz HM, Bradley EH. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? *Ann Intern Med* 2011;154:384-390.
8. Auerbach AD, Maselli J, Carter J, Pekow PS, Lindenauer PK. The relationship between case volume, care quality, and outcomes of complex cancer surgery. *J Am Coll Surg* 2010;211:601-608.
9. Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM. The inverse relationship between mortality rates and performance in the hospital quality alliance measures. *Health Affairs* 2007;26:1104-1110.
10. Lilford R, Pronovost P. Using hospital mortality rates to judge hospital performance: A bad idea that just won't go away. *Brit Med J* 2010;340:955-957.
11. Flintrop J, Gerst T. Dialog auf Augenhöhe. *Ärztliches Peer Review. Dtsch Arztebl* 2011;108:882-884.