

Edition revue et corrigée des indicateurs de qualité (CH-IQI version 3.1)

Daniel Zahnd^a, Thomas Mansky^b

Vers la transparence de la qualité

L'amélioration de la qualité des résultats fait, à l'évidence, partie intégrante de toute avancée médicale. C'est là, de longue date, une exigence clé, tant dans le domaine scientifique que dans la pratique clinique.

Si le niveau de qualité atteint est élevé, on peut néanmoins l'améliorer encore, à condition de mener l'évaluation des résultats de façon homogène et comparable. En interne, les mesures portent souvent sur des indices de processus tels que la proportion de patients soignés pour un infarctus du myocarde et auxquels, à leur sortie, on prescrit de l'aspirine à titre de prévention secondaire. Toutefois, ces indices nécessitent un travail de saisie considérable, sans compter qu'ils ne sont pas totalement à l'abri de manipulations et, vu la complexité des processus, ne mettent en lumière que de petits fragments du processus global de traitement.

C'est pourquoi se développent au plan international, outre ces approches internes axées sur les processus, des méthodes d'évaluation de la qualité des résultats qui sont accessibles pour le public. Ces méthodes présentent l'avantage de recourir, pour l'évaluation, à des données tangibles des statistiques officielles de la santé, que la loi oblige à recueillir. Elles sont donc plus complètes que les systèmes de déclaration (registres) et, en général, mieux résistantes aux manipulations.

Aux Etats-Unis, l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a mis au point des indicateurs de qualité de ce type (AHRQ 2006). Tant des organismes d'Etat que des organisations privées les utilisent, à partir des données disponibles, pour établir les rapports hospitaliers. Bon nombre d'Etats américains en communiquent les résultats sur Internet.

Publiés pour la première fois en 2009 dans leur version 1.1 par l'OFSP, les indicateurs de qualité suisses reposaient initialement sur un concept de la société allemande Helios Kliniken GmbH. Au fil d'une phase de développement initiée en 2000, celle-ci a mis au point un système d'indices qui, s'il s'apparente en partie à celui de l'agence américaine AHRQ, est cependant net-

tement plus différencié, complet et mieux adapté à la situation qui prévaut en Europe. Durant cette période, le groupe Helios a racheté un grand nombre d'hôpitaux publics à intervalles rapprochés. Les indicateurs ont permis alors, en un minimum de temps et à moindres frais, d'obtenir une image assez précise des performances de ces établissements, et ce, aussi bien quant à leur éventail de traitements qu'en termes d'atouts et de faiblesses des différents domaines de soins. Les améliorations réalisées par Helios sont scientifiquement fondées et témoignent de l'efficacité du système.

Cette analyse évaluative recourait à l'origine aux données légales, disponibles sous forme électronique et structurée, qui avaient été collectées pour les DRG (*diagnosis related groups*, ou groupes homogènes de malades) et pour les besoins de la statistique officielle. Ces données étaient disponibles dans un format unique, ce qui permettait de les analyser de façon standardisée. Très vite, il apparut clairement que cette analyse constituait aussi l'angle d'attaque idéal pour une gestion systématique de la qualité.

Vu la complexité de la matière, cet instrument n'a évidemment pas pu être mis au point d'un jour à l'autre ; il a fallu le développer sur plusieurs années à la faveur d'applications pratiques doublées d'un dialogue intense et permanent entre les gestionnaires de la qualité et les médecins-chefs concernés dans les différentes disciplines médicales. C'est ainsi qu'existe à présent un outil très élaboré, capable de remplir ses fonctions à l'échelle d'un système national de monitoring de la qualité.

La création de l'Initiative Qualité Médicale (*Initiative Qualitätsmedizin*, IQ^M) et la publication des indicateurs révisés sous l'appellation de *German Inpatient Quality Indicators* (G-IQI) par le département Développement de structures et gestion de la qualité dans la santé publique (*Fachgebiet Strukturentwicklung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen*) de l'Université technique de Berlin ont fait que cet instrument se

a Daniel Zahnd, d' en phil., responsable de la gestion de la qualité, Hôpital de l'île, Hôpital universitaire de Berne
b P Thomas Mansky, prof. en médecine, département développement des Structures et gestion de la qualité dans la santé publique, université technique de Berlin

trouve à la disposition d'un large public depuis 2008 (Mansky et al. 2011a). IQ^M est une association d'hôpitaux qui, outre la publication des résultats, pratique un système structuré de gestion de la qualité qui permet, à partir de résultats singuliers recensés à la faveur d'une évaluation par les pairs, d'analyser et d'améliorer les processus de traitement afin de hisser les résultats des cliniques membres à un niveau uniformément élevé¹.

Cette approche est aussi simple que séduisante : en présence de résultats singuliers, les hôpitaux concernés sont soumis à l'échelon du médecin-chef, par référencement (*benchmarking*) des valeurs comparatives ajustées au risque, à une discussion structurée sur les cas observés, qui permet de mettre à jour les faiblesses relevées dans les processus de traitement. Cette évaluation par les pairs consiste en une discussion entre confrères à l'échelon du médecin-chef. Dans le cadre de cette procédure globale, il faut donc considérer la présentation des indicateurs de qualité comme le point de départ du processus d'amélioration à proprement parler.

German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)

Les indicateurs sont maintenant mis au point par le département développement des Structures et gestion de la qualité dans la santé publique de l'université technique de Berlin en collaboration avec l'IQ^M. Ils sont désormais disponibles dans une version 3.1, sous le titre de *German Inpatient Quality Indicators* (G-IQI, cf. Mansky et al. 2011a). Cette activité de développement profite en particulier des enseignements et des résultats des discussions issus de l'application des indicateurs de qualité en Suisse.

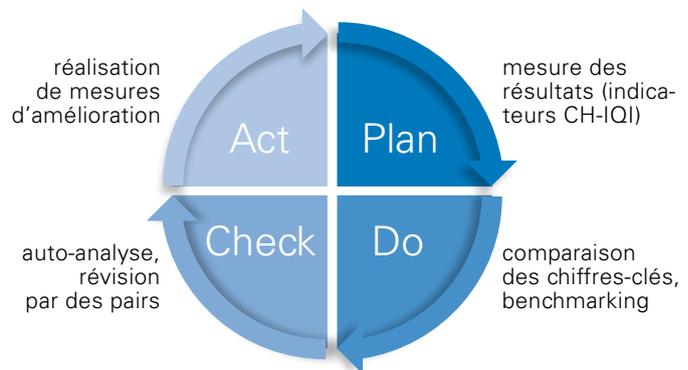
Concernant les huit principales pathologies pour lesquelles existent des données au niveau fédéral allemand, les indicateurs de la version 3.1 des G-IQI couvrent d'ores et déjà 36 % des cas de décès enregistrés dans les hôpitaux allemands. Comme il s'agit là de pathologies dont le taux de mortalité peut être effectivement influencé par des améliorations qualitatives, l'utilisation des indicateurs permet, dans un système de gestion de la qualité axé sur l'amélioration de processus visant des objectifs précis, de redresser considérablement le niveau de certains résultats. Outre la mortalité, des informations quantitatives importantes, des indica-

teurs de processus et de prise en charge médicale font l'objet du nouveau système.

G-IQI 3.1 est actuellement l'ensemble d'indicateurs de qualité le plus complet pour une utilisation directe basée sur des données administratives. Dans le quotidien hospitalier, il soutient des procédures intégrées permettant d'améliorer la qualité des résultats en continu. Il déploie sa pleine efficacité lorsqu'il est intégré à un système interne, concordant, de gestion de la qualité.

Selon les principes de gestion de la qualité, le processus d'amélioration continue se conçoit comme un mouvement perpétuel du cycle dit PDCA (« Plan », « Do », « Check », « Act »). Ce qui soulève cette question : avec quels contenus stimuler ce processus d'amélioration ? Une évaluation au moyen de données de routine constitue en l'espèce un instrument approprié en ce sens qu'elle vise les services ou les cliniques qui font état de résultats singuliers.

Graphique 1 : Cycle PDCA assisté par des indicateurs



De plus, le système peut contribuer à l'analyse de la situation en matière de couverture médicale. Outre les informations quantitatives qui jouent un rôle important pour certaines pathologies, il met en lumière des caractéristiques de soins spécifiques comme la question de savoir si les infarctus aigus peuvent être examinés ou traités par cathétérisme cardiaque gauche et, le cas échéant, dans quelles cliniques et dans quelles proportions. Toutes ces analyses sont sans nul doute à même d'enrichir les discussions aussi souhaitables que nécessaires dans les milieux spécialisés.

¹ Initiative Qualitätsmedizin: www.initiative-qualitaetsmedizin.de

Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI)

Le transfert vers les fichiers de données suisses ne peut être complet que si ces fichiers correspondent aux systèmes de classification suisses et aux modes de saisie des données de la statistique médicale des hôpitaux. Depuis que les relevés de données existent, il a été fait usage des versions de classification répertoriées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Synopsis des versions des systèmes de classification utilisées dans la statistique médicale

Année	Classification des traitements	Classification des diagnostics
1998-2000	CHOP version 1-4	ICD-10 OMS
2001-2003	CHOP version 5	ICD-10 OMS
2004	CHOP version 6	ICD-10 OMS
2005	CHOP version 7	ICD-10 OMS
2006	CHOP version 8	ICD-10 OMS
2007	CHOP version 9	ICD-10 OMS
2008	CHOP version 10	ICD-10 OMS
2009	CHOP version 11	ICD-10 GM 2008 / OMS
2010	CHOP version 11	ICD-10 GM 2008 / OMS
2011	CHOP version 2011	ICD-10 GM 2010 / OMS
2012	CHOP version 2012	ICD-10 GM 2010 / OMS

Ainsi que le montre ce tableau, les modifications apportées ces dernières années aux systèmes de classification ont concerné surtout les traitements, et dans une moindre mesure les diagnostics. À une exception près, la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) a été remaniée à un rythme annuel. Par contre, la classification des diagnostics n'a été révisée qu'à deux reprises, à partir de 2009 avec l'adoption d'ICD-10 GM 2008 puis, en 2010 et 2011, lors de la reprise d'ICD-10 GM 2010. On sait qu'en Suisse, il est d'usage de disposer de versions allemande, française et italienne des systèmes de classification.

S'agissant du transfert des G-IQI, la question initiale était de savoir dans quelle mesure les spécifications CH-IQI à définir pourraient s'appliquer à toutes les années disponibles pour l'analyse ou si, à l'instar des systèmes DRG, une version des spécifications valable une année seulement pourrait être établie. L'analyse de la situation en Suisse a révélé la possibilité d'un remaniement, rétrocompatibilité incluse. Le transcodage a pu

s'effectuer jusqu'à correspondre à l'état le plus récent des données disponibles et des systèmes de classification utilisés, en ce sens que les codes éliminés des classifications au fil du temps sont néanmoins maintenus dans la spécification des indicateurs. Cela signifie que les spécifications peuvent s'appliquer, au-delà des périodes 2008 et 2009 publiées par l'OFSP, également aux données 2011 pour déterminer les indicateurs de qualité. Cela dit, vu la refonte annuelle des systèmes de codage à attendre en raison de l'instauration des DRG, la solution la plus judicieuse devrait plutôt consister à opter pour une définition des CH-IQI spécifique à chaque année.

Un autre point important à prendre en compte pour l'analyse des indicateurs de qualité est la question des règles de codage applicables à la documentation médicale. L'Office fédéral de la statistique publie à cette fin des manuels de codage qui contiennent les directives actuelles du secrétariat de codage de l'OFS, responsable de l'élaboration ainsi que de la mise à jour des nomenclatures et des règles de codage.

Dans le sillage de l'instauration du système Swiss DRG, qui, dans ses grandes lignes, correspond aux G-DRG d'essence allemande, il est permis de penser que les règles de codage et, partant, le codage lui-même continueront de se rapprocher dans les deux pays au fil du temps. Certaines divergences se sont fait jour par le passé, par exemple, sur la définition du diagnostic principal. Tandis qu'en Allemagne, depuis l'introduction des DRG, seule entre en ligne de compte à titre de diagnostic principal une maladie contractée avant l'admission à l'hôpital (quand bien même elle ne serait diagnostiquée qu'en cours de séjour), on admettait aussi comme diagnostic principal en Suisse une « nouvelle affection qui n'était pas présente lors de l'admission du patient ». Cela peut conduire, dans certains cas, à reconnaître comme diagnostic principal des complications, par exemple, sous forme d'infarctus postopératoire. Il faut en tenir compte dans les comparaisons avec des résultats allemands ou américains. À notre avis, toutefois, les incidences sur les indicateurs CH-IQI sont relativement restreintes.

La clé de procédure allemande OPS 301 est pour le moment plus détaillée que la CHOP suisse. Il peut donc arriver que certains indicateurs G-IQI ne puissent pas, ou pas complètement, être transposés dans le système

suisse. Ces cas-là font l'objet d'explications approfondies dans le manuel de définition, qui paraît parallèlement dans les deux pays.

La nouvelle version des G-IQI reprend des éléments des anciennes spécifications suisses et de leurs développements : ainsi, au chapitre de l'infarctus du myocarde, l'analyse des admissions en provenance d'un autre hôpital ou la répartition en STEMI et NSTEMI. De même, la définition de l'accident vasculaire cérébral a été harmonisée avec celle de la Suisse. Ces échanges intenses entre spécialistes stimulent pareillement le développement des deux systèmes IQI, allemand et suisse.

Coopération des hôpitaux universitaires suisses

En Suisse, les hôpitaux universitaires ont élaboré au sein d'un groupe de travail des propositions sur la manière d'améliorer les indicateurs. Sur l'initiative de l'organe de coordination des hôpitaux universitaires et des grands hôpitaux cantonaux, plus connu sous le nom de « Groupe des Quinze (G-15) », une lettre dans ce sens a été rédigée à l'intention de l'OFSP. Elle faisait état de la volonté de ces établissements de soutenir l'office dans son projet d'indicateurs de qualité, ajoutant qu'il était souhaitable de mettre en place à l'échelle nationale une structure de reporting concernant les soins prodigués dans les hôpitaux et jugeant à la fois solide et rentable l'usage des données de routine.

Mais en même temps, cette lettre attirait l'attention sur un certain nombre de points dignes d'amélioration. Le principal avait trait à l'obtention de la possibilité pour les hôpitaux d'apporter directement leurs commentaires dans le cadre de la publication des résultats. L'OFSP a donné suite à cette requête lors de la publication des résultats de 2010. Tous les établissements ont eu la possibilité de commenter leurs résultats.

Par la suite, au fil de plusieurs ateliers, un groupe de travail du G-15 a élaboré en 2009 et 2010 d'autres propositions d'amélioration qu'il a communiquées à l'OFSP. Un vœu important concernait la disponibilité précoce des résultats, c'est-à-dire avant les deux ans prévus après leur saisie. Or, ce délai est inhérent au système de relevé des données de routine et ne peut pas être modifié du jour au lendemain. En effet, les données de la statistique médicale sont communiquées par l'intermédiaire des cantons, et il peut s'écouler près d'une

année jusqu'à ce que l'ensemble des données nationales soient transmises à l'Office fédéral de la statistique (OFS). Mais l'important, en l'espèce, est que les hôpitaux aient la possibilité de procéder eux-mêmes aux calculs à partir des données actuelles. Elle leur est donnée par la publication des spécifications.

D'autres réserves ont été émises à propos de la question de l'ajustement du risque, qu'il convenait d'affiner. La méthode de la standardisation selon l'âge et le sexe a l'avantage d'être simple et aisément compréhensible. Par ailleurs, l'ajustement à l'âge et au sexe ne dépend pas de la qualité du codage (p. ex., des diagnostics supplémentaires) et ne laisse quasiment aucune possibilité de manipulation. À noter en outre que l'apparition de bon nombre des maladies concomitantes possibles est liée à l'âge, ce dont la méthode tient compte indirectement.

La question de la définition du « cas » a été un autre sujet de discussion. Les registres cliniques font généralement état d'« événements » définis en fonction d'une intervention spécifique. Dans les grands hôpitaux notamment, ces événements sont considérés en partie comme des cas nouveaux (cas cliniques). On y recense des interventions, et non pas des patients, p. ex. lorsque, durant un séjour hospitalier, plusieurs interventions par cathétérisme cardiaque gauche sont pratiquées sur le même malade. Or, dans la statistique médicale et, partant, au regard des indicateurs CH-IQI, l'admission et la sortie du patient sont réputées être le point initial et le point final du cas, ce qui, en définitive, est correct du point de vue du résultat. Cela correspond du reste à l'unité d'imputation en usage vis-à-vis des assureurs.

Les patients qui, par suite de complications, sont transférés dans un état très grave d'un premier hôpital vers un centre hospitalier pourraient en principe trouver eux aussi leur place dans la statistique. C'est précisément cette situation qui explique peut-être le taux de mortalité globale plus élevé observé dans les hôpitaux universitaires par rapport aux établissements de premier secours ou aux cliniques privées. Mais au regard des indicateurs CH-IQI, il convient de noter que ce n'est pas la mortalité globale qui entre en ligne de compte, mais la mortalité liée à une intervention déterminée. Cette dernière n'est évaluée que là où elle a eu lieu. Une résection du côlon est évaluée dans l'hôpital où

elle a été pratiquée. Si un transfert nécessite une seconde opération, celle-ci ne pourra influencer le résultat du deuxième établissement que si l'on y procède à une intervention analogue conduisant à un indicateur correspondant. Ce n'est pas le cas de simples traitements de complications.

Toutefois, il est intéressant de noter que c'est souvent l'effet inverse qui se produit, à savoir que les hôpitaux universitaires obtiennent des résultats remarquables dans de nombreux domaines pathologiques car ils sont à même, grâce aux possibilités de traitement que leur offre une meilleure gestion des risques et des complications, de traiter des cas graves avec succès.

Les facteurs d'influence qui expliquent les écarts de résultats peuvent également être inhérents aux données. Cela n'est pas nécessairement imputable à un codage défectueux des diagnostics et des traitements ; il suffit que les services de codage compétents ne disposent pas d'informations complètes pour coder correctement la réalité clinique. Notons ici, cependant, que les hôpitaux sont responsables du processus de codage des traitements pratiqués chez eux. Aussi les problèmes de codage ne sauraient-ils être imputés aux indicateurs CH-IQI mais doivent être résolus au sein même des établissements de soins. Les CH-IQI évaluent uniquement les données livrées par les hôpitaux, lesquelles, en principe, sont censées être correctes au sens de la loi. Comme dans tout système d'évaluation, on observe pourtant des problèmes de qualité des données qu'il appartient cependant aux hôpitaux de résoudre.

Lorsqu'il est impossible de présenter des résultats tangibles, le nombre de cas sert généralement d'information quantitative car le patient est en droit, à tout le moins, de connaître les expériences vécues par telle ou telle clinique dans le traitement de telle ou telle pathologie.

Un malentendu fréquent tient à la distinction entre mortalité globale et mortalité spécifique à une maladie. Les indicateurs de qualité présentés ici n'analysent pas la mortalité à l'échelle d'un hôpital mais la mortalité spécifique à telle maladie ou intervention pour laquelle le taux de mortalité est influençable. Les pathologies en phase terminale du type de celles qui sont traitées en médecine palliative ne font pas l'objet des présentes analyses, pas plus que le taux de mortalité à l'échelle de

l'hôpital (désigné aussi par le terme anglo-saxon de *hospital wide mortality ratio*), auquel un certain d'autres approches font référence. Les indicateurs se déclinent en taux de mortalité, nombres de cas, nombres d'observations, indices de procédure et indices de complication.

Bref, il ne s'agit pas pour les hôpitaux, dans le contexte de la mortalité, de prévenir tous les cas de décès mais de réduire les complications potentielles et les décès évitables, ce qui est l'objectif visé par la gestion de la qualité.

Quelques commentaires sur les indicateurs de qualité

Dans les pages qui suivent, nous revenons sur certains groupes de maladies et sur quelques points délicats en matière de transfert. Une grande partie des indicateurs ayant pu être repris de la version actuelle, ils ne sont pas commentés ici. Nous abordons en revanche les cas dans lesquels un transfert n'était pas possible. Quant aux explications, nous renvoyons en particulier au manuel de définition des G-IQI, qui commente les indicateurs dans le détail et, surtout, indique de nombreux liens avec les sources bibliographiques et scientifiques qu'il serait trop long de détailler dans ce bref article (cf. Mansky et al. 2011a). La version suisse du manuel de définition CH-IQI est en préparation. Que les lecteurs désireux d'approfondir leur réflexion veuillent bien se reporter aux résultats du congrès QMR 2011 (cf. Mansky et al. 2011b).

Cardiologie, chirurgie cardiaque et vasculaire

Le groupe des interventions par cathétérisme cardiaque gauche a été considérablement élargi dans la nouvelle version des indicateurs. Il livre un tableau complet des hospitalisations avec cathétérisme cardiaque en Suisse. Il s'agit là d'informations d'autant plus importantes qu'elles sont difficiles à identifier dans les statistiques DRG traditionnelles ainsi que dans les analyses directes de la classification des opérations, ne serait-ce que parce que les multiples codages qui y figurent ne sont pas corrigés en référence à des cas.

Dans ce contexte, la mortalité n'est pas la seule à jouer un rôle ; le nombre de cas traités compte lui aussi. À noter qu'un même séjour peut donner lieu à plusieurs

examens par cathétérisme cardiaque. Ceux-ci ne sont cependant pas comptabilisés séparément puisque c'est le séjour hospitalier qui tient lieu d'unité d'analyse. Les examens ambulatoires par cathétérisme cardiaque ne sont pas répertoriés non plus car la statistique médicale ne recense pas les cas ambulatoires. Le type des stents utilisés n'est pas mentionné car cela pourrait conduire à de fausses incitations. Toutefois, un certain nombre de sous-groupes font état du rapport entre examens diagnostiques et examens thérapeutiques par cathéter, ce qui peut renseigner sur la cohérence de l'indication pour ce genre d'examen.

Le groupe des opérations du cœur a été complètement réaménagé par rapport à la version précédente. On y distingue les opérations isolées des valves de celles des vaisseaux coronariens, les autres opérations et les interventions combinées. Le nombre de cas renseigne sur le nombre des traitements effectués.

Le remaniement du chapitre des opérations du cœur était un thème prioritaire pour le groupe de travail des hôpitaux universitaires suisses, qui recommandait une distinction entre « toutes les opérations du cœur » et la « chirurgie purement coronarienne ». Par la suite, les propositions du groupe de travail ont été intégrées au développement des G-IQI après prise en compte des présentations usuelles sur le plan international. Par ailleurs, les experts suisses étaient d'avis qu'il fallait faire état de l'utilisation du cœur-poumon artificiel. Cette distinction n'a pas été retenue. La raison en est que si la question de l'utilisation du cœur-poumon artificiel peut avoir un certain intérêt pour le spécialiste, il s'agit cependant d'une caractéristique méthodologique où la technique d'exécution joue un rôle plutôt secondaire au regard de la qualité et ne revêt pas un intérêt primordial en termes de résultat. Ce n'est que la marque distinctive de l'équipe qui, au sein de l'hôpital, privilégie cette technique.

Toujours au chapitre des opérations du cœur, on relève également des méthodes assez nouvelles d'implantation mini-invasive de valve aortique. Celles-ci ne pourront toutefois faire l'objet d'une codification explicite en Suisse qu'à partir des données de 2011. Avant 2011, seul peut être indiqué le total des interventions sur les valves aortiques, sans distinction des méthodes mini-invasives choisies pour les pratiquer. C'est pourquoi l'indication d'implantation mini-invasive doit être différenciée en Suisse.

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral, ou attaque cérébrale, est une pathologie importante, notamment au regard du vieillissement de la population. En Suisse, le taux de mortalité par suite d'attaque cérébrale se situe à 12,2 % (contre 10,7 % en Allemagne), ce qui représente 6,5 % de tous les cas de décès en milieu hospitalier.

Par rapport à la version précédente des indicateurs, cette refonte concorde en tous points avec la définition allemande. Jusqu'ici, il subsistait une différence en ce sens que la définition allemande de l'accident vasculaire cérébral n'incluait pas l'hémorragie sous-arachnoïdienne (code ICD 160).

Logiquement, on distingue deux types d'attaque cérébrale. Il s'agit de l'infarctus cérébral (par irrigation sanguine insuffisante, ou choc ischémique) et de l'hémorragie cérébrale (intracérébrale et sous-arachnoïdienne). Ces pathologies diffèrent totalement en termes de traitement et de risque de mortalité. Cette distinction de forme, bien qu'importante sur les plans clinique et thérapeutique, ne figure pas encore explicitement dans les données fournies par une partie des hôpitaux. Cette lacune se traduit en Suisse par une forte proportion de cas relevant du groupe « accident vasculaire cérébral, sans précision » (avec un taux de 13,8 % en 2009). Le pourcentage des attaques cérébrales dans ce groupe devrait être inférieur à 5 % pour permettre une évaluation sensée des sous-groupes spécifiques (la moyenne dans l'IQ^M est de 1,4 %). À l'introduction des DRG, ce point jouera un rôle important dans le système G-DRG, notamment pour le remboursement. La mortalité globale consécutive à des attaques cérébrales n'est donc pas un indice vraiment satisfaisant. Quand il existera une codification plus précise, les indicateurs de qualité essentiels concerneront surtout l'infarctus cérébral. Mais tant que cette absence de précision ne permettra pas de stratification du risque (en raison d'une proportion élevée de cas d'attaque cérébrale sans autre précision), il faudra se contenter de considérer le chiffre global, sachant cependant que les deux types sont inclus dans les indicateurs.

Dans le contexte du débat suisse sur la couverture médicale de l'attaque cérébrale, ce chapitre ouvre des perspectives intéressantes en ce sens qu'il fait apparaître les patients soumis à un traitement neurologique

complexe dans une unité cérébro-vasculaire spécialisée (*Stroke Unit*). Toutefois, la codification du traitement neurologique complexe n'est possible qu'à partir des données de 2009. En Suisse, on ne peut malheureusement pas coder non plus de façon suffisamment détaillée le traitement de l'infarctus cérébral par thrombolyse ; il faut s'accommoder encore d'un code générique.

Ce chapitre s'est vu ajouter désormais le groupe « accident ischémique transitoire » (AIT). Il s'agit en l'espèce d'une forme plus bénigne d'accident vasculaire cérébral ou, plus exactement, d'une forme préliminaire potentielle. Là encore, il est fait état du pourcentage de cas traités en unité cérébro-vasculaire. Les patients victimes d'un AIT sont certes moins sévèrement atteints dans l'immédiat mais devraient tout de même être très bien suivis, précisément dans le souci de prévenir une attaque cérébrale grave. Le fait de présenter les deux « variantes » de l'accident vasculaire cérébral met de surcroît en évidence les décalages dans le temps entre les deux groupes.

Les indicateurs traitent aussi, et c'est nouveau, du suivi dans le cadre de la « rééducation gériatrique précoce », qui prend une importance croissante. Il est tenu compte du degré de limitation fonctionnelle (index de Barthel). Mais comme la codification n'est possible qu'à partir des données 2009 en Suisse, ces indications ne seront pas fiables non plus, du moins au début.

Maladies pulmonaires

Le groupe « Pneumonie » a été complété, à la faveur de la refonte des indicateurs, par les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). L'emploi de ce groupe de maladies comme indicateur n'est pas une nouveauté en soi puisqu'il figure de longue date dans les systèmes d'indicateurs internationaux. On distingue différents degrés de gravité dans la mesure où les cliniques les codifient. En l'occurrence, un indicateur intitulé « pourcentage degré de gravité non précisé » montre à quel point la clinique fait état du degré de gravité, à titre d'indicateur, pour ainsi dire, de la qualité de codage (dont répond l'établissement).

Le groupe de maladies « cancer du poumon », comme d'ailleurs toutes les autres affections bronchiques, ne fait nullement mention d'indices de qualité en raison de la complexité des pathologies et de leur longue durée

d'évolution, que les données des hôpitaux ne suffisent à couvrir (voir aussi, à ce propos, le chapitre Perspectives). Le nombre de cas observés renseigne sur l'expérience qu'a une clinique de ces pathologies. Les diagnostics supplémentaires sont inclus dans la sélection de cas du fait que bon nombre de traitements peuvent, en raison d'un autre diagnostic principal, avoir un lien direct ou indirect avec le cancer du poumon.

Opérations des organes abdominaux

Entrent dans ce groupe toute une série d'interventions et de pathologies importantes concernant la région abdominale. Citons tout d'abord l'ablation de la vésicule biliaire en présence de calculs (cholécystectomie). Il s'agit là d'une intervention ne laissant pas craindre de cas de décès du point de vue du néophyte, ces décès étant effectivement rares (sujet relevant de la sécurité du patient). Il n'empêche que ces cas de décès, même isolés, doivent être retenus de façon à pouvoir faire l'objet d'examen ultérieurs dans le cadre du système interne de gestion de la qualité et, éventuellement, conduire à des améliorations en matière de sécurité.

Une autre information intéressante concerne le pourcentage des changements de mode opératoire en cours d'intervention. Il s'agit de cas lors desquels le chirurgien recourt tout d'abord à la méthode mini-invasive recommandée, à savoir une laparoscopie, mais doit, en cours d'intervention, inciser la paroi abdominale (laparotomie). Ce taux de changement dont font état les G-IQI n'est cependant pas encore codifiable en Suisse faute de disposer du code CHOP correspondant.

Le groupe des réparations de hernie fait également état d'un taux de mortalité à titre de valeur d'observation, qui appelle lui aussi les commentaires exposés plus haut à propos des opérations à faible risque.

Autre nouveauté, les opérations de la thyroïde sont mentionnées elle aussi à titre d'information quantitative. Le pourcentage de cas de respiration artificielle est indiqué dans la perspective de complications liées à l'apparition d'une parésie récurrente (bilatérale) ou d'autres complications sérieuses.

Sont répertoriées par ailleurs un certain nombre d'opérations fréquentes et importantes du côlon et du rectum, ce qu'il est convenu d'appeler les résections colorectales. La stratification du risque faite suite à des cancers, des diverticuloses, des ischémies (troubles

de la circulation), des maladies inflammatoires chroniques, des malformations vasculaires et à d'autres causes conduisant à des opérations des intestins.

Opérations des artères du bassin et des jambes

Les opérations des artères du bassin et des jambes font désormais partie intégrante des indicateurs G-IQI version 3.1 et sont également répertoriées dans la version suisse, avec une différenciation en fonction du risque, par catégories de degré de gravité selon la classification de Fontaine et par d'autres groupes de diagnostic pouvant conduire à une opération.

Le transfert d'un système à l'autre s'est heurté à une difficulté, qui est que la classification suisse (CHOP 39.29) ne fait pas de distinction précise, parfois, entre drain et pontage. Aussi les codes contenant un pontage peuvent-ils faire référence également à des dérivations vasculaires pratiqués pour d'autres raisons et dont il n'est pas question ici. Cela dit, ce problème ne devrait avoir, en termes de chiffres, qu'une portée très restreinte dans le contexte des opérations du bassin et des jambes. Les opérations avec pontage peuvent être codées aussi bien sous CHOP 39.25 que sous 39.29.

Nouveau-nés, selon le poids à la naissance

Ils font leur apparition parmi les indicateurs. L'accent est mis ici sur la couverture médicale des nouveau-nés ou des prématurés dont le poids à la naissance est faible. Cette question a été peu débattue à ce jour en Suisse.

Néphrectomie

Dans le groupe des patients ayant subi une néphrectomie, les définitions divergent quant au pourcentage des laparoscopies, étant donné qu'en Suisse la néphrectomie par laparoscopie ne peut pas être codée explicitement. Nous nous en tirons par la formule « présence du code de laparoscopie » dans l'ensemble de données, ce qui peut amener à sous-estimer le taux de laparoscopie. Le groupe de travail des hôpitaux universitaires suisses a soulevé le problème de la néphrectomie en cas de polytraumatisme. Dans certains cas, les patients victimes de blessures graves doivent subir l'ablation d'un rein (néphrectomie suite à un polytraumatisme), qui ne figure pas parmi les spécifications de ce groupe. Il est possible qu'il faille exclure ces cas spéciaux à l'avenir.

La version 3.1 accueille désormais les opérations de la vessie, et ce, aussi bien les petites interventions transurétrales que l'ablation totale de la vessie (cystectomie). Le traitement des affections rénales est assorti d'informations quantitatives.

Orthopédie et chirurgie de la colonne vertébrale

Les indicateurs de ce groupe correspondent pour l'essentiel à ceux utilisés jusqu'ici. Les fractures du col du fémur et du trochanter y figurent. En l'espèce, le groupe de travail des hôpitaux universitaires suisses avait proposé d'exclure les fractures pathologiques et n'a pas obtenu gain de cause car, selon les G-IQI, il convient de garantir la compatibilité avec les définitions internationales. De toute manière, si, en présence de fractures pathologiques, la tumeur était présentée comme le diagnostic principal et la fracture comme le diagnostic supplémentaire, ces cas ne seraient pas inclus dans l'indicateur.

S'agissant des endoprothèses totales (EPT) de genou et de hanche, la distinction est maintenue entre remplacement et révision. On distingue désormais aussi les endoprothèses après chirurgie tumorale, ce qui, là encore, est conforme aux propositions du groupe de travail des hôpitaux universitaires suisses.

Un nouveau groupe important fait son apparition dans cette version des indicateurs ; il s'agit des opérations de la colonne vertébrale, qui comprennent un sous-groupe concernant les opérations de la hernie discale.

Respiration artificielle

Jusqu'ici, la sélection des patients relevant de cet indicateur se faisait au moyen de codes de traitement et, plus exactement, du code CHOP 96.7- « ventilation mécanique continue ». On distinguait les ventilations « de durée non spécifiée » (96.70), « de moins de 96 heures consécutives » (96.71) et « de 96 heures consécutives ou plus » (96.72), ce qui ne permettait pas de reproduire le groupe « plus de 24 heures » tel qu'il figure dans la définition allemande de l'indicateur.

Dans le jeu de données allemand, il existe une variable qui enregistre la durée de la respiration artificielle en heures. En Suisse, cette indication est également prévue dans un champ de données séparé, suite à la reprise du système allemand des DRG à partir des données de 2009, à condition que ce champ soit indiqué

correctement par les hôpitaux, ce qui ne sera sans doute pas le cas la première année de l'instauration du système. C'est pourquoi il n'est pas possible actuellement de reproduire la durée de respiration qui dépasse 24 heures. Les CH-IQI mentionnent le groupe des patients sous « ventilation mécanique continue de 96 heures ou plus ». Ce qui touche à deux indicateurs supplémentaires d'autres groupes, à savoir la « respiration artificielle en cas d'OP des vaisseaux coronaires » et la « respiration artificielle en cas de résections thyroïdiennes », qui font état eux aussi des patients placés plus de 96 heures sous respiration artificielle.

La mortalité des patients sous respiration artificielle ne se prête pas à des comparaisons directes en raison de la complexité de la structure des risques. Cependant, on sait d'expérience que pour les taux moyennement (35 à 50 %) ou très fortement accrus (plus de 50 %), ces cas sont extraordinairement riches d'enseignements pour les procédures d'amélioration internes, notamment les procédures d'évaluation par les pairs. C'est précisément la complexité des cas de traitement qui, lors de la lecture rétrospective des dossiers de patients, amène souvent à déceler de multiples possibilités d'amélioration, et ce, tant pour traiter les cas de respiration artificielle que pour éviter des complications pouvant entraîner une mise sous respiration artificielle. La mise en œuvre des possibilités d'amélioration ainsi identifiées peut influencer considérablement sur le taux de mortalité dans ce groupe.

Taux d'autopsie

Le taux d'autopsie, qui est un nouvel indicateur dans les G-IQI, ne sera pas analysé prochainement en Suisse. Certes, le code de traitement existe en principe (code CHOP 89.8 « autopsie ») et les autopsies sont à même de livrer a posteriori de précieuses informations sur le diagnostic. Néanmoins, l'utilisation de ce code n'est pas encore fiable, de sorte qu'il ne paraissait pas utile de l'analyser pour les anciennes données. À partir de la CHOP 2011, la codification a par ailleurs changé : le code est désormais CHOP 89.81.

En Allemagne, on observe des écarts assez importants dans les taux d'autopsie. Ils peuvent toutefois être liés à la codification. Vu la définition du cas donnée par la statistique médicale, un patient aurait quitté l'hôpital après son décès, ce qui expliquerait a priori l'absence de codification. Pour utiliser cet indicateur en Suisse, il faudrait donc préciser les règles de codification.

Perspectives

Les améliorations de la qualité nécessitent une évaluation adéquate. L'art de définir des indicateurs de résultats réside essentiellement dans la déduction, à partir de données existantes, d'états de fait qui constituent des résultats essentiels pour les patients et qui peuvent mettre en lumière un éventuel potentiel d'amélioration pour les cliniciens. Toutes les complications ou tous les résultats non souhaités ne peuvent être évités. Toutefois, leur taux peut souvent être réduit à l'aide d'une gestion de la qualité orientée vers les résultats.

Actuellement, les données de routine ne permettent pas de tout évaluer. Cependant, nombre d'éléments évaluable ne sont pas encore exploités en vue d'apporter des optimisations. Il importe donc de discuter non seulement de ce qui ne va pas (encore) mais aussi de ce qu'il est possible d'entreprendre au moyen des données disponibles. Un processus itératif résultera des prochaines démarches : des états de fait qui ne peuvent actuellement pas être saisis à l'aide des données codées pourront, à l'avenir, être pris en compte dans les classifications (diagnostics et/ou procédures) et ainsi être évalués. Le perfectionnement du codage s'opère donc sous un angle tant économique (amélioration de la sélectivité en ce qui concerne la différenciation des coûts) que médical (amélioration de la sélectivité s'agissant de l'évaluation de la qualité). Cette évolution au niveau des classifications se dessine déjà en Allemagne.

La procédure employée actuellement pour mesurer les indicateurs de qualité CH-IQI et G-IQI repose sur des données issues de la statistique médicale des hôpitaux. Compte tenu de la nature de ces données, leur portée prend fin lors du départ, du transfert ou du décès du patient. Un développement fondamental de cette procédure consiste à utiliser des données plus larges, allant au-delà des cas et susceptibles d'être reliées entre elles en étant individualisées et anonymisées. Les compagnies d'assurance-maladie allemandes disposent de ce type de données. En collaboration avec les cliniques Helios, l'Université de Magdebourg et, maintenant aussi, l'Université technique de Berlin, l'Association fédérale des caisses locales d'assurance-maladie (*AOK Bundesverband*) a élaboré des procédures correspondantes en vue d'une application pratique et les a présentées pour la première fois en 2007 (*QSR – Qualitätssicherung mit Routinedaten* [QSR – assurance-qualité avec des

données de routine] ; AOK Bundesverband et al. 2007). Des indices ont tout d'abord été développés pour neuf pathologies. Entre-temps, le système destiné au suivi de la résistance des endoprothèses de la hanche ainsi que l'analyse des coûts subséquents et leur lien étroit avec la qualité des résultats ont été perfectionnés (Heller 2011). Par ailleurs, les procédures relatives aux interventions par cathétérisme cardiaque gauche sont en cours de préparation. Une option consisterait à examiner, à l'avenir, la faisabilité de telles analyses de longue durée sur la base de données suisses également.

En Autriche, la mise en place d'un système de monitoring national a récemment été décidée dans le cadre de la réforme des hôpitaux. Il s'appuie, lui aussi, sur le set d'indicateurs G-IQI 3.1. Il est prévu, en présence de valeurs inhabituelles, de réaliser des évaluations par des pairs, conformément au modèle de l'IQ^M. Des résultats ne seront publiés en Autriche qu'une fois ces examens effectués. Ce projet de procédure relative aux indicateurs de qualité diverge de celui mis en œuvre en Allemagne, où l'exploitation et la publication des indicateurs G-IQI se déroulent sur une base volontaire.

Comme l'introduction le précise, les présents indicateurs sont appropriés à une détection des résultats des principaux groupes de maladies. Eu égard à la spécialisation et à l'interdisciplinarité de la fourniture actuelle des prestations dans les hôpitaux, où les processus gagnent en complexité, on est de moins en moins enclin à procéder à des évaluations en se fondant exclusivement sur des grandeurs de mesure relatives aux processus. Par ailleurs, on constate une tendance vers une évaluation solide des résultats de points finaux proportionnellement simples à définir.

Du point de vue du régulateur et d'instances semblables qui envisagent d'imposer la transparence ainsi que des éléments d'économie du marché et stimulant l'efficacité dans le système hospitalier et sanitaire, il convient de considérer un tel système au sens d'un *critical incidence surveillance system* (CISS ; système de surveillance des incidences critiques).

Cependant, la description à elle seule n'entraîne encore aucune amélioration. Le meilleur système d'indicateurs ne sert à rien s'il n'est pas pris en considération. Aussi est-il indispensable de comprendre et d'employer le présent instrument comme un moyen auxiliaire pour

stimuler le processus d'amélioration interne. Son utilisation en tant qu'outil de gestion avec l'analyse et l'amélioration des processus de traitement associées conduit à une hausse étonnante de la qualité des résultats (Busse et al 2009). S'agissant des procédés dans la procédure d'évaluation par des pairs par exemple, il importe également de renvoyer aux publications correspondantes (Helios Kliniken 2006, 2008, Rink und Eberlein-Gonska 2010). Les améliorations que cette gestion de la qualité axée sur les résultats permet d'atteindre se situent dans un ordre de grandeur comparable à celui s'appliquant aux procédures de traitement médical hautement efficaces. C'est pourquoi il convient impérativement d'utiliser cet instrument.

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).

Sources bibliographiques

- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] (2006) Inpatient Quality Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_overview.aspx, site consulté le 10.12.2011
- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt [FEISA], HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK [WIdO] (2007) Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten [QSR] – Abschlussbericht. WIdO:
- Busse R, Nimptsch U, Mansky T (2009) Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. *Health Affairs* 28 (2): w294-w304. 10.1377/hlthaff.28.2.w294 (Web Exclusives)
- Helios Kliniken (2006) Kompetenz in Medizin. Medizinischer Jahresbericht der Helios Kliniken Gruppe 2005. Helios Kliniken GmbH: Fulda
- Helios Kliniken (2008) Ergebnisqualität sicher messen und aktiv verbessern – Erfahrungen. Medizinischer Jahresbericht der Helios Kliniken gruppe 2006/2007. Helios Kliniken GmbH: Berlin
- Heller G (2011): Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten in Deutschland. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasm (Hsg.): Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart. p. 49-60.
- Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2011a) G-IQI | German Inpatient Quality Indicators. Version 3.1. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/3004/
- Mansky T, Klauber J, Kuhlen R, Scriba PC (Gast-Herausgeber) (2011b) Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten. *DMW*, 136: 2011, Sonderheft 02, <https://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/dmw/106946> (ainsi que : <http://www.qmr-kongress.de/>)
- Rink O, Eberlein-Gonska M (2010) Peer Review – wie wir Qualität verbessern lernen. In: Kuhlen R, Rink, O, Zacher J (Hrsg.): *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010*, MWV, Berlin 2010,