

« Les indicateurs de qualité permettent aux hôpitaux de s'améliorer. »

L'introduction, au début de l'année 2012, du système de forfaits par cas dans les hôpitaux suisses s'accompagne d'une saisie et d'une évaluation plus intense de la qualité des résultats. Pour ce faire, on utilise un nouvel instrument: les Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI). Toutefois, cet instrument ne reçoit pas que des échos positifs. En effet, il suscite nombre d'incertitudes et de questions critiques. Le professeur Thomas Mansky, l'un des pères de ce type d'évaluation de la qualité en Europe, nous a accordé une interview pour répondre aux principales interrogations sur ce sujet.



Prof. Dr. med. Thomas Mansky
Technische Universität Berlin

Monsieur le Professeur, la Suisse enregistre depuis longtemps déjà des données sur la qualité de la structure des hôpitaux. Pourquoi introduire un nouveau système prévoyant la publication des résultats?

La qualité du système sanitaire en général et du système hospitalier en particulier est très bonne en Suisse. Cependant, il est possible de l'améliorer! Le principe suivant s'applique: seul celui qui effectue des mesures sait exactement où il en est et où il peut encore s'améliorer. Jusqu'ici, la qualité des résultats n'était évaluée que dans une discipline ou en interne dans les hôpitaux. Il était donc souvent impossible, ou alors au prix d'efforts disproportionnés, de procéder à une comparaison globale. Simul-

tanément, l'opinion publique et surtout les patients revendiquent le droit à la plus grande transparence. Enfin, les expériences faites dans d'autres pays démontrent que la publication des indicateurs a un effet positif sur l'optimisation de la qualité des résultats. Derrière cette évolution se trouve le cycle connu d'amélioration de la gestion de la qualité, ou cycle PDCA (« Plan », « Do », « Check », « Act », soit préparer, réaliser, contrôler, réagir). Quiconque effectue des mesures puis agit de manière ciblée en s'appuyant sur les résultats améliore la situation initiale.

Vous venez juste de dire que la saisie et, surtout, la comparaison des données relatives à la qualité des résultats au

sein des cliniques occasionnent des efforts importants.

J'entends par là plutôt la voie traditionnelle qui utilise, la plupart du temps, des indicateurs de processus, difficiles à relever. C'est pourquoi on se sert, au niveau international, de données de routine, qui doivent de toute façon être saisies, pour mesurer la qualité des résultats. C'est précisément cette solution que nous avons choisie en développant les CH-IQI, c'est-à-dire des indicateurs de qualité pour les patients des hôpitaux, adaptés et développés pour la Suisse. Pour les CH-IQI, nous utilisons donc des données devant en tout cas être relevées pour les statistiques officielles hospitalières et à des fins de décompte. On économise ainsi les ressources inhérentes à des relevés supplémentaires de données concernant la qualité, souvent considérés comme bureaucratiques. De plus, les données de routine présentent un autre avantage: elles sont plus résistantes aux manipulations, car elles ont déjà été vérifiées par les hôpitaux et les cantons.

D'où vient l'idée de ce type d'indicateurs de qualité?

Les Etats-Unis sont à l'origine des premiers développements en la matière. L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ; Agence pour la recherche relative aux soins et la qualité) a élaboré des indicateurs de qualité dès les années 1990. En Allemagne, la société Helios Kliniken GmbH a mis au point en l'an 2000 un système comparable, plus raffiné, adapté aux conditions allemandes. Depuis l'introduction du système allemand de forfaits par cas, un grand nombre d'hôpitaux allemands, n'appartenant pas forcément au groupe Helios, travaillent actuellement avec ce système dans le cadre de l'Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

La version actuelle des indicateurs utilisés, G-IQI (German Inpatient Quality Indicators, version 3.1), a été publiée en 2011. Elle constitue la base sur laquelle la version suisse CH-IQI a été développée. Les deux versions s'enrichissent mutuellement, les enseignements tirés de l'application des indicateurs en Suisse et les résultats des discussions s'y rapportant sont intégrés dans le développement du système en Allemagne, et inversement.

A quels domaines se rapportent les évaluations de la qualité effectuées au moyen des CH-IQI?

L'idée directrice était de sélectionner des pathologies et/ou des interventions fréquentes et/ou importantes pour une spécialité déterminée. Pour ce faire, on s'est appuyé sur le système de classification suisse et sur la statistique médicale des hôpitaux suisses. La deuxième idée était qu'en cas d'interventions importantes réalisées en grand nombre, les patients devaient au moins pouvoir évaluer l'expérience d'une institution et, si possible, le résultat du traitement. Le patient obtient ainsi des informations complètes et, surtout, calculées de la même manière pour tous les hôpitaux et donc comparables entre eux. Enfin, la mortalité est également intégrée lorsque cela semble judicieux sous l'angle de la pathologie, c'est-à-dire lorsque l'amélioration de la qualité peut effectivement avoir une influence sur le nombre de décès. Le type de procédure adopté a par ailleurs été pris en compte dans les cas où il est déterminant pour le résultat.

De nombreux médecins critiquent vivement l'intégration de la mortalité dans les indicateurs de qualité. A votre avis, pourquoi la mortalité est une donnée importante pour la qualité des résultats?

D'un point de vue scientifique, la mortalité en cas de maladies graves, comme nous y sommes essentiellement confrontés dans les hôpitaux, représente incontestablement, depuis

des siècles, la fin du traitement médical. Il suffit de parcourir les revues médicales spécialisées reconnues au niveau international pour le constater. Certes, on peut et on doit discuter de la définition correcte des entités pour lesquelles la mortalité est évaluée, mais on ne peut pas débattre sérieusement de la question de savoir s'il est judicieux de mesurer la mortalité pour nombre de maladies graves traitées à l'hôpital. Sur le plan international (aux Etats-Unis, p. ex.), la mortalité constitue sans conteste un paramètre de qualité fondamental. La campagne des 100 000 vies le prouve. Celle-ci a été réalisée à la suite de l'étude To Err is Human («L'erreur est humaine»). Cette dernière a mis en évidence un fait dramatique pour la médecine moderne, à savoir que de nombreux cas de décès pouvaient être évités! Cependant, il n'est possible d'en tirer des conclusions que si l'on évalue également la mortalité et que l'on publie les résultats ajustés aux risques! La baisse de la mortalité, susceptible d'être réduite, ne représente pour ainsi dire que la «pointe de l'iceberg». Elle nécessite naturellement l'amélioration de tous les processus existants. Ainsi, elle contient par exemple la réduction de tous les taux de complications graves, une observation optimisée des lignes directrices et nombre d'autres améliorations dans le déroulement du traitement. S'agissant de la gestion de la qualité, il suffit donc souvent d'évaluer le point final, c'est-à-dire la mortalité, pour mettre en œuvre des améliorations dans toute la chaîne de processus. Ces optimisations peuvent concerner toutes les étapes de travail et, donc, tous les groupes professionnels impliqués. Naturellement, cela peut fonctionner seulement si les cliniques utilisent les résultats pour mettre également en œuvre un processus d'amélioration dans le cadre de la gestion de la qualité. Tous ces perfectionnements et la baisse de la mortalité constituent, sans aucun doute, un gain considérable pour les patients concernés.

Mais, cela signifie-t-il qu'un hôpital qui enregistre un taux de mortalité un peu plus élevé pour une intervention définie est automatiquement mauvais?

A cause du nombre de cas relativement faible dans les cliniques et des dispersions statistiques en découlant, les résultats sont à considérer comme des valeurs indicatives qui ne peuvent pas avoir la précision d'une mesure technique. Ils ne se prêtent pas aux comparaisons hâtives, mais servent plutôt à orienter le patient sur les risques inhérents à une maladie ou à une intervention, et aident le médecin à identifier les domaines dans lesquels il peut améliorer la qualité de ses résultats. Des valeurs qui se situent légèrement en dessous de la moyenne ne signifient pas forcément que la clinique ne fournit pas des prestations de qualité. Cependant, la clinique devrait être en mesure d'expliquer aux patients pourquoi ses valeurs divergent et se soucier de l'analyse et, le cas échéant, d'une optimisation. Compte tenu de la situation actuelle, la procédure offre, dans tous les cas, une meilleure transparence tant pour les patients que pour les fournisseurs de prestations.

On se demande également, en jetant un regard critique, si le fait de décéder dans un hôpital sera quasiment synonyme d'un manque de qualité et si cela conduira éventuellement à vouloir à tout prix empêcher les décès.

Cela n'est et ne peut évidemment pas être l'objectif de l'inscription de la mortalité dans le catalogue des critères. Comme je l'ai déjà souligné, ce paramètre sera, en effet, saisi uniquement dans les domaines où cela semble judicieux, c'est-à-dire là où la mortalité peut réellement être influencée dans le cadre du traitement. Toutefois, la saisie de ce facteur ne doit en aucun cas entraver les soins terminaux, ni se substituer à des mesures visant à éviter que les patients ne décèdent. En outre, il ne serait pas très sensé de refuser des patients qui encourent un risque élevé de décéder au prétexte que le taux de mortalité augmenterait.

Nous ne saisissons pas la mortalité globale dans un hôpital ou un département hospitalier, mais la mortalité eu égard à une indication définie, c'est-à-dire à une intervention bien précise. Les maladies en stade terminal (p. ex., un cancer à un stade avancé) ne sont pas prises en compte dans les indicateurs relatifs à la mortalité afin d'éviter ces situations très problématiques pour les médecins traitants et les patients. Enfin, il importe de mentionner que la standardisation de l'âge conduit à ce que, par exemple, le taux de mortalité élevé chez les groupes de personnes très âgées soit déjà pris en considération dans les valeurs de comparaison. La mortalité ne ressort très clairement que lorsqu'elle se situe très au-dessus de la moyenne de référence. Tel ne devrait, si possible, pas être le cas pour les pathologies que nous observons.

Ne serait-il pas plus judicieux d'observer les résultats standardisés sur la durée (p. ex., mortalité à 30 ou à 90 jours) au lieu de se pencher sur la mortalité en lien direct avec l'hospitalisation?

Vous avez tout à fait raison, et c'est notre objectif à long terme ! Toutefois, nous ne disposons pas de ces données actuellement. Néanmoins, nous ne devrions pas renoncer aux données – éloquentes elles aussi – relatives à la mortalité lors du séjour à l'hôpital uniquement parce que nous considérons que les résultats sur la durée sont davantage parlants, sans même les avoir à disposition. En Allemagne, on a, par ailleurs, réagi à cette situation en réalisant un projet en collaboration avec l'AOK – le principal groupe allemand de caisses-maladie –, projet dans le cadre duquel de tels résultats sont calculés en se fondant sur les données de routine des caisses-maladie, qui contiennent également des informations concernant l'évolution avant et après l'hospitalisation. Mais, j'insiste une nouvelle fois sur le fait que nous ne devrions et ne pouvons pas renoncer actuellement à des indicateurs solides et judicieux seulement

parce qu'il en existera de meilleurs à l'avenir, mais que ceux-ci ne sont pas (encore) disponibles !

Qu'attendez-vous des médecins d'une clinique qui peut directement comparer ses résultats, y c. ceux afférents à la mortalité, avec ceux obtenus par d'autres établissements hospitaliers?

Les mesures apportent des améliorations en interne si les cliniques se penchent sur les résultats et cherchent activement des possibilités de s'améliorer. Dans ce contexte, la procédure d'évaluation par les pairs, à l'instar de l'Initiative Qualitätsmedizin utilisée en Allemagne et telle qu'elle existe en Autriche via l'intégration des indicateurs de qualité dans le système local, peut se révéler d'une grande aide. Pour ce faire, on analyse des processus de traitement avec des résultats insolites quant à d'éventuelles erreurs dans la procédure, les structures et les interfaces. Les problèmes de qualité identifiés servent ensuite de base à des mesures ciblées permettant d'optimiser les processus de traitement médical. Le recours à des pairs, c'est-à-dire à des médecins expérimentés exerçant des fonctions dirigeantes dans d'autres hôpitaux qui, d'abord sur la base de l'analyse des dossiers puis dans le cadre d'un entretien avec les médecins du département, discutent des cas critiques, soutient considérablement le processus d'optimisation souhaité. Il s'agit toujours d'une discussion d'égal à égal, qui est d'une grande utilité pour les cliniques visitées.

L'ajustement aux risques, qui est effectué pour les CH-IQI en fonction de l'âge et du sexe, constitue un point critique continuellement répété. La comorbidité n'est pas prise en compte, par exemple.

Il est absolument nécessaire de procéder à un ajustement aux risques pour obtenir des résultats valides et comparables. En effet, si nous observons une pathologie déterminée, clairement définie ou une opération précise, tous les patients ne sont pas

égaux sur les plans démographique et médical. En principe, une pneumonie peut toucher tous les groupes d'âge, mais celle-ci présente, en règle générale, davantage de risques pour un patient de 90 ans que pour une personne de 35 ans en bonne santé. D'autres maladies préexistantes graves ont aussi une influence sur le risque de mortalité. Grâce à l'ajustement aux risques, qui représente par ailleurs une méthode standard de la médecine, la mortalité des patients dans une clinique déterminée est confrontée à celle d'un groupe témoin de composition similaire. Prenons un exemple : en Allemagne, le taux de mortalité à la suite d'une pneumonie enregistré dans les hôpitaux s'élevait en moyenne à 10,7% en 2009. Toutefois, si une clinique ne traitait que des patients masculins âgés de 80 à 84 ans contre cette maladie, le taux de mortalité dans ce groupe se monterait à 17,8% (= valeur attendue). Si le taux de mortalité dans cette clinique était effectivement de 14%, il dépasserait vraisemblablement la moyenne fédérale (globale), mais il serait meilleur que celle-ci eu égard au groupe de risques traité. Il est donc possible, sur le plan mathématique, de calculer une valeur de comparaison adéquate pour les groupes de patients mixtes également. On répond ainsi au mieux aux exigences inhérentes aux différentes structures de patients.

Mais pourquoi procède-t-on à un ajustement spécifique aux risques selon l'âge et le sexe?

La méthode de la standardisation de l'âge et du sexe utilisée en Suisse pour les CH-IQI présente l'avantage d'être simple, compréhensible et résistante. L'ajustement aux risques se fait séparément pour les deux sexes, par classe d'âge de cinq ans. Pour chaque indicateur, le taux de mortalité effectif est confronté au «taux de mortalité attendu». On entend par là la mortalité à laquelle il faudrait s'attendre au niveau suisse dans un échantillon présentant la même répartition par classe d'âge et par sexe que dans la clinique

examinée. Le rapport entre la mortalité observée et la mortalité attendue donne l'indice standardisé de mortalité ou SMR. Un SMR supérieur à 1 signifie que la mortalité est relativement élevée. Un SMR inférieur à 1 indique une mortalité inférieure à la moyenne. Un des autres avantages de l'ajustement à l'âge et au sexe est qu'il ne dépend pas de la qualité du codage (p. ex., des diagnostics secondaires) et ne laisse quasiment aucune possibilité de manipulation. En outre, il convient de mentionner que l'apparition de bon nombre de maladies concomitantes possibles est liée à l'âge, ce dont la méthode tient en partie compte indirectement. La précédente étude pilote de l'OFSP « Indicateurs de qualité des hôpitaux suisses de soins aigus 2007 » a déjà mis en lumière que l'intégration des diagnostics secondaires ne présentait aucun avantage notable par rapport à l'ajustement aux facteurs de l'âge et du sexe au sens strict du terme, mais qu'au contraire, on tendrait plutôt à représenter la qualité du codage et non le risque, et ce potentiellement au désavantage des hôpitaux qui traitent de risques vraiment défavorables.

Les maladies concomitantes sont-elles prises en compte d'une autre manière? L'ajustement aux risques doit permettre en priorité d'uniformiser les facteurs restants au sein d'un indicateur, c'est-à-dire d'une pathologie, sur

lesquels l'hôpital n'a aucune prise, mais qui peuvent avoir une influence déterminante sur la mortalité. Cependant, les maladies concomitantes, qui rendent une comparaison impossible, sont prises en compte au préalable lors de la définition de l'indicateur. En d'autres termes, les cas de maladies concomitantes pouvant compromettre la pertinence des taux de mortalité ont donc été exclus de l'analyse lors du calcul des indicateurs ou représentés dans des groupes séparés. On parle de différenciation des risques ou de stratification. S'agissant, par exemple, des opérations de la vésicule biliaire, les patients atteints de maladies tumorales ne sont, en principe, pas intégrés dans l'indicateur. Grâce aux discussions menées depuis de longues années avec les spécialistes, les indicateurs sont, sous cet angle, très affinés.

Le cycle d'amélioration que vous décrivez et escomptez, fonctionne-t-il vraiment? Existe-t-il des preuves empiriques de sa réussite?

Tous les médecins veulent obtenir de bons résultats; ils s'orientent sur les prestations et sont le plus souvent disposés à affronter la concurrence en ce qui concerne la qualité. Sur la base de mon expérience faite en Allemagne, mais aussi grâce à un grand nombre d'études internationales menées entre-temps, on peut montrer que le cycle d'amélioration fonctionne. Dans de nombreux cas, nous

avons observé que les cliniques qui ont appliqué cette méthode ont optimisé les processus et les résultats en fonction des paramètres de qualité. Cette optimisation peut être évaluée. Les effets sur les médecins impliqués sont impressionnants. L'expérience que nous faisons dans les cliniques Helios et, maintenant, dans le cadre de l'IQ^M ou en Autriche, est encourageante: après les premières révisions par les pairs qu'ils ont vécues ou menées en tant qu'évaluateurs dans d'autres cliniques, les médecins, sceptiques au départ, constatent avoir trouvé des possibilités d'amélioration considérables inattendues. Autrefois opposés à la procédure, ils en sont ainsi devenus ses défenseurs. Je souligne une nouvelle fois que les médecins veulent fournir les meilleurs résultats possibles. Ils en sont convaincus: cette procédure peut les aider à améliorer la situation.

Monsieur le Professeur, nous vous remercions de nous avoir accordé cet entretien.

Prof. Dr. med. Thomas Mansky, chef du domaine Développement des structures et de la gestion de la qualité dans le domaine de la Santé publique, Technische Universität Berlin; expert externe pour le développement des indicateurs de qualité dans le système suisse des Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI).

L'interview a été faite par Dr. Uwe K. Preusker, comité Preusker Health Care Ltd OY, Vantaa, Finlande