

Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques  
DREES

SERIE  
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT  
DE  
TRAVAIL**

La diffusion publique de données relatives  
à la performance des établissements de santé  
Revue de la littérature et des sites internet

Compaqh-Inserm

n° 88 – mai 2009

**Cette publication n'engage que ses auteurs**

## Sommaire

<b>Points forts</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>9</b>
<b>II. Mise en perspective historique</b> .....	<b>11</b>
II.1. Les classements nord-américains promus par des organismes non-lucratifs .....	11
II.2. Les classements nord-américains « commerciaux ».....	12
II.3. Les Palmarès des médias .....	12
II.4. Les Classements ministériels .....	13
<b>III. Méthodologie</b> .....	<b>14</b>
III.1. Stratégie de recherche .....	14
III.2. Cadre d'analyse .....	14
<b>IV. Résultats</b> .....	<b>16</b>
IV.1. Description générale de l'expérience .....	16
IV.1.1. Les promoteurs des programmes.....	16
IV.1.2. Origine géographique.....	16
IV.1.3. Objectif affiché du site .....	16
IV.1.4. La « cible » affichée sur le site.....	17
IV.1.5. Le champ d'application géographique .....	18
IV.1.6. Le champ couvert (spécialités, nombre d'établissements).....	19
IV.1.7. Les modalités de participation et la présentation des non-participants .....	19
IV.2. Typologie des indicateurs utilisés dans l'expérience .....	19
IV.2.1. Utilisation d'indicateurs développés à un niveau national .....	19
IV.2.2. Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences aux États-Unis .....	20
IV.2.3. Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences hors EU.....	26
IV.3. Organisation du Recueil des données.....	27
IV.3.1. Source de données.....	27
IV.3.2. Nombre minimal de données.....	28
IV.3.3. Date des dernières données disponibles .....	28
IV.4. Traitement des données.....	28
IV.4.1. Méthodes de classement.....	28
IV.4.2. Ajustement des données.....	29
IV.4.3. Scores composites .....	30
IV.4.4. Indication de tendances .....	30
IV.5. Modalités de diffusion des résultats .....	31
IV.5.1. Diffusion nominative des données .....	31
IV.5.2. Explications sur les indicateurs .....	31
IV.5.3. Résultats présentés .....	31
IV.5.4. Modalités de présentation graphique.....	32
IV.5.5. Données comparatives .....	32
IV.5.6. Interactivité .....	32
IV.6. Impact de la Diffusion Publique.....	33
IV.6.1. Le citoyen : Le droit à l'information ou la quête de « transparence ».....	33
IV.6.2. Le patient : A la recherche d'un consommateur « éclairé » .....	34
IV.6.3. Le régulateur : Révéler l'information.....	35
IV.6.4. Le professionnel : Une incitation à améliorer les soins.....	35

<b>V. Principes d'application au contexte français .....</b>	<b>38</b>
<b>Préambule.....</b>	<b>38</b>
Assurer la compréhension par le grand public .....	38
Définir les objectifs poursuivis et les thèmes retenus.....	40
Garantir la crédibilité des résultats .....	42
Assurer une économie dans les modes de recueil.....	44
Accompagner les professionnels dans leurs efforts d'amélioration .....	45
Évaluer l'impact de la diffusion publique .....	46
<b>Bibliographie .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 1 : Liste des sites Internet publiant des informations contre abonnement (exclus).....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 2 : Liste des sites Internet publiant des informations comparatives sur la performance, la qualité des soins ou la satisfaction des patients (inclus).....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 3 : Bibliographie non référencée .....</b>	<b>58</b>

## Points forts

- Le développement de classements par des régulateurs/payeurs de systèmes de soins s'est nettement accéléré ces dernières années. Les États-Unis sont pionniers dans le domaine. Mais d'autres pays ont emboîté le pas (Royaume-Uni, Danemark, Allemagne, Canada, notamment)
- Les palmarès de médias participent à ce mouvement, maintenant une activité importante dans le domaine.
- L'analyse se fonde sur la revue de 337 articles et 50 sites visités.
- Ces classements sont principalement centrés sur la qualité des soins. Les thèmes les plus fréquemment observés sur les sites sont par ordre décroissant: les respects de bonnes pratiques cliniques, le domaine de la satisfaction et de l'évaluation du point de vue du patient (plainte, expérience), la mortalité (mais avec une controverse récurrente sur leur emploi), la sécurité, la continuité des soins (par exemple, la tenue du dossier du patient) et l'accessibilité.
- Des indicateurs de volume d'activité, de durée moyenne de séjour et de gestion de ressources humaines sont également retrouvés.
- Cette diffusion croissante de classements sur des sites internet crée une inégalité informationnelle susceptible de défavoriser les populations les plus vulnérables.
- L'effet sur le patient en termes de choix semble modeste même si le comportement de ce dernier semble évoluer au fur et à mesure de la publication de ces classements
- La diffusion publique représente une incitation à ce que les professionnels s'engagent dans l'amélioration de la qualité. Mais des études complémentaires mériteraient de situer cet effet dans les tendances naturelles d'amélioration, et vis-à-vis de la fiabilité des données.
- Les évidences des travaux antérieurs sur l'impact de la diffusion publique ne prédisent pas l'importance de cet impact dans le futur, étant donné l'évolution importante du nombre de ces programmes et l'apprentissage de leur utilisation.
- L'analyse est limitée par un biais de sélection des sites orientée principalement vers les classements nord-américains. Il s'avère que la littérature est essentiellement portée sur les classements nord-américains. Ce biais peut créer le risque de transférer trop rapidement des concepts ou méthodes.

Notamment, le choix du consommateur « éclairé » est un objectif majeur poursuivi dans le cadre d'un système américain principalement composé d'un marché concurrentiel. L'incitation à l'amélioration du comportement des professionnels est prédominante dans les systèmes de type « régulation administrée », comme observé au Royaume-Uni.

Six principes sont proposés pour accompagner le développement des classements par les pouvoirs publics français, à travers l'analyse critique de la littérature sur le sujet.

- *1<sup>er</sup> Principe.* Assurer la compréhension par le grand public. La compréhension est un élément-clé de la quête de transparence. Elle suppose un travail de simplification, et de vulgarisation de l'information. Aux États-Unis, la volonté de structurer le choix du consommateur s'exprime à travers une présentation à l'échelon local.
  - *2<sup>ème</sup> Principe.* Définir les objectifs poursuivis et les thèmes retenus. Outre le souci de transparence, l'objectif prioritaire des classements dans les pays dont les systèmes de soins sont de type « régulation administrée » est de constituer une incitation à l'amélioration de la qualité. Les thèmes retenus doivent tenir compte de cet objectif.
  - *3<sup>ème</sup> Principe.* Garantir la crédibilité des résultats. Cette crédibilité renvoie à la maîtrise de différentes questions de nature statistique : méthodes d'ajustement, nombre minimal de cas, fiabilité des données. La transparence affichée des modes de production des indicateurs et des classements, comme l'indépendance de leur développement sont les meilleures garanties.
  - *4<sup>ème</sup> Principe.* Assurer une économie dans les modes de recueil. Le développement des classements nécessite une infrastructure informationnelle importante et adaptée aux indicateurs de qualité retenus, tant pour faciliter la production de l'information que pour réduire la charge de travail demandée aux professionnels. Outre ce développement, différentes stratégies peuvent s'envisager (par exemple, développer plusieurs indicateurs avec un seul échantillon de dossiers de patient)
  - *5<sup>ème</sup> Principe.* Accompagner les professionnels dans leurs efforts d'amélioration. Le lien entre la publication des résultats et les démarches d'amélioration internes de la qualité n'apparaît pas si naturel. Il est aussi freiné par différents critères (système d'information, ressources dédiées, difficulté à traduire les résultats en actions d'amélioration). Établir ce lien suppose donc de considérer: le temps entre la mesure produite et les données collectées, l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers, ainsi que les dispositifs d'accompagnement permettant l'analyse des résultats à des fins d'amélioration (élément particulièrement observé dans le cas de la iatrogénie).
- 6<sup>ème</sup> Principe.* Évaluer l'impact de la diffusion publique. Les conclusions restent relativement fragiles, tant le recul dans les expériences est faible. En dynamique, de nombreux auteurs s'accordent à dire que l'importance de la diffusion publique va s'accroître. Dans ce cadre, l'évaluation de l'impact de cette diffusion est primordiale, en étudiant en priorité le lien sur l'amélioration des résultats de santé. Il faut aussi noter que les stratégies de diffusion publique sont souvent couplées avec celles de rémunération à la performance, supposant que les évaluations soient couplées, et certainement replacées dans des analyses tendanciennes plus larges tenant compte de l'évolution naturelle de l'amélioration de la qualité des soins.

## I. Introduction

Les « Classements » ou « Palmarès » constituent une diffusion publique de données relatives à la qualité et à la performance des établissements de santé. Ils représentent un phénomène récent, mais qui s'est nettement intensifié ces dernières années dans les pays-anglo-saxons. D'autres pays ont emboîté le pas plus récemment (notamment, le Danemark et l'Allemagne).

En France, depuis 2006, le ministère de la santé a mis en place un tableau de bord fondé sur une batterie d'indicateurs relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Chacun des établissements de santé, publics ou privés, fait ainsi l'objet d'un classement de A (très bon) à E (insuffisant). La mise en ligne sur le site Internet du ministère de la santé du site « Platines » constitue également une avancée. Bien qu'il ne soit pas focalisé sur la qualité, le site représente une première diffusion publique synthétique d'informations déjà disponibles, permettant une comparaison inter-établissement. Cette première version doit s'enrichir des différents indicateurs de qualité à l'avenir<sup>1</sup>. Enfin, la procédure de certification coordonnée par la Haute Autorité de Santé introduit une diffusion publique de résultats relatifs à onze indicateurs<sup>1</sup>.

Les objectifs d'une telle diffusion publique d'information sont principalement :

- D'accroître le niveau d'information des citoyens sur le fonctionnement du système de soins ;
- D'accroître la performance du même système en créant des incitations à l'amélioration de la qualité des soins.

Différents rapports ont déjà étudié les aspects de cette diffusion publique dans le contexte français<sup>2-7</sup>. Dans ce cadre, le présent rapport a pour objectif de répondre aux questions suivantes (Partie I):

1. Quels sont les indicateurs les plus diffusés dans les initiatives internationales ?
2. Quelles sont les techniques de diffusion utilisées, comprenant les modes de classement et le caractère agrégé ou non des résultats ?
3. Quel est l'impact théorique et observé de la diffusion publique de résultats que la qualité des soins ?

Dans cette partie, l'analyse est descriptive pour répondre aux deux premières questions en se fondant sur une revue des supports de cette diffusion publique que sont les sites internet (les présentations papiers (palmarès de média) renvoient à l'un de ces sites), et sur une revue de la littérature. La réponse à la troisième question s'appuie sur une revue de la littérature.

Sur la base des réponses à ces questions, six principes sont proposés sur les modalités d'une telle diffusion publique des indicateurs en France (Partie II) : rendre l'information compréhensible pour le grand public, expliquer le choix des thèmes retenus, garantir la crédibilité des résultats, accompagner les professionnels dans leurs efforts d'amélioration,

---

<sup>1</sup> Qualité de la tenue du dossier du patient, Qualité de la tenue du dossier anesthésique, Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, Dépistage des troubles nutritionnels, Traçabilité de la douleur, et 6 indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aigue. Consultables sur les sites internet <http://www.has-sante.fr> et Compaqh <http://www.compaqh.fr>

assurer une économie dans les modes de recueil, évaluer l'impact de la diffusion publique, C'est une analyse critique, fondée sur la revue de la littérature qui fait émerger ces six principes.

Concernant l'emploi des termes « qualité » et « performance », la majorité des initiatives sont centrées sur la qualité. La notion de performance est utilisée pour couvrir un champ plus large allant de la qualité, en passant par les coûts, des critères de productivité, et allant jusqu'à l'efficience.



## II. Mise en perspective historique

Si l'on se fie à la littérature produite sur le sujet<sup>ii</sup>, le thème de la diffusion publique fait l'objet d'un intérêt considérable. Les États-Unis, au regard de l'ampleur de leurs initiatives, font état de leaders. Mais d'autres pays ont emboîté le pas tels que le Canada, l'Angleterre, l'Allemagne et le Danemark. Cette mise en perspective historique permet de situer les différents courants qui se sont développés au nom des classements ou palmarès comme nouvelle méthode de « rendre des comptes » (ou « *accountability* », comme disent les anglo-saxons)<sup>8</sup>.

### II.1. Les classements nord-américains promus par des organismes non-lucratifs

En 1991, le National Committee for Quality Assurance, organisation non lucrative composée par des associations et des entreprises privées, construit le programme HEDIS. Celui-ci développe des comparaisons sur la qualité des réseaux de soins (« managed care ») à partir d'indicateurs fondés sur des données administratives et médicales. Chaque réseau de santé se voit décerner des étoiles (1 à 4 étoiles) pour des indicateurs relatifs à l'accès à des soins de qualité, gradués selon l'état de santé des individus). Les réseaux sont comparés avec le premier décile le plus performant de leur État respectif. Ainsi, HEDIS devient la première initiative de grande envergure.

Depuis, de nombreuses expériences publiques ont vu le jour. Ces initiatives dans leur ensemble marquent un premier trait : le classement est devenu un exercice habituel, souvent réalisé à l'échelon fédéral, et/ou national. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et le Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), en s'engageant en 2002 et 2003, ont nettement accéléré le phénomène. L'ensemble des établissements de santé nord-américains sont désormais soumis à une diffusion publique, voire plusieurs. Le site « Hospital Compare » propose notamment une comparaison de plus de 4200 établissements de soins aigus.

Par proximité, il est intéressant de citer l'expérience pionnière de l'Ontario au Canada. En 1997, l'association des hôpitaux de cette province décide d'établir un tableau de bord stratégique fondé sur des indicateurs de performance, eux-mêmes classés en quatre catégories (intégration du système et changement, organisation et résultats cliniques, satisfaction des clients, situation et rendements financiers) selon le modèle du « balanced score card <sup>iii</sup> »<sup>9 10</sup>. Les comparaisons s'établissent par zones géographiques, selon des groupes similaires de taille et d'accessibilité. Cinq catégories sont établies selon la performance de l'établissement par rapport à la moyenne de la province. Dans cette expérience, on peut souligner le souhait de

---

<sup>ii</sup> 4 507 articles ont été trouvés lors de la revue de la littérature dont 1 470 pour les seules années 2006-2008.

<sup>iii</sup> Le concept de balanced scorecard a été développé par Kaplan et Norton en 1996. Ce concept vise à ne plus uniquement considérer dans les tableaux de bord d'entreprises la dimension financière, mais aussi des dimensions de qualité des produits, de satisfaction des clients et de capacité de changement. L'objectif prôné par les auteurs est ainsi de jouer de cette multi-dimensionnalité afin d'affirmer une approche stratégique plus intégrée, chaque action dans l'une des trois nouvelles dimensions étant étudiée à l'aune de son impact sur la dimension financière traditionnelle. Si ce concept a fait grand bruit au sein des entreprises, notamment nord-américaines, sa portée et sa pertinence en matière stratégique ont souvent aussi été discutées. Voir Kaplan, Norton (1996) et pour une analyse critique Lorino (2003).

relier étroitement ce que l'on peut appeler une « accountability » interne (à destination des professionnels) et une « accountability » externe (diffusion à des tiers). Autrement dit, le classement est présenté comme agissant à la fois comme une source de transparence et comme un outil de gestion efficace.

## ***II.2. Les classements nord-américains « commerciaux »***

Dans l'univers nord-américain, certains classements sont aussi guidés par des objectifs commerciaux, comme par exemple les classements d'Healthgrade. Healthgrade est une compagnie privée qui, en collaboration avec le Leapfrog group<sup>iv</sup>, propose une comparaison de près de 5 000 hôpitaux par rapport à des critères de résultats (taux de mortalité, par exemple). C'est l'une des sources d'information, via son site Internet, sur la qualité des hôpitaux la plus consultée aux États-Unis. La qualité y est centrée sur les résultats finaux du processus médical. Dans cette expérience, l'« accountability » apparaît comme le ressort d'une diffusion renseignant le grand public, mais aussi, et peut-être principalement, les entreprises et leurs employés. Il révèle des informations sur la qualité des réseaux de soins dans un marché où les entreprises négocient avec les compagnies d'assurance l'achat des soins délivrés par ces réseaux.

## ***II.3. Les Palmarès des médias***

Il est également important de considérer les palmarès réalisés, ces dix dernières années, par les médias. Ils représentent une activité intense dans différents pays, constituant souvent les premières sources d'information sur la qualité. Citons à cet égard, au Royaume-Uni, le site populaire du Dr Foster (« Dr Amélioration »), construit par deux journalistes du Sunday Times, et diffusé après la démarche des « League Tables », initiée par le gouvernement britannique. Le classement du Dr Foster prend en compte l'accès aux soins et différents résultats des hôpitaux (notamment sur la mortalité) et a l'avantage de concerner aussi les cliniques privées, mais reste contesté sur sa valeur méthodologique<sup>11</sup>.

Le lancement du débat sur les classements d'hôpitaux à travers les palmarès des médias est particulièrement vrai dans le cas français. En 1998, Science et Avenir a publié le premier classement, action qui sera reprise les années suivantes par d'autres (le Figaro Magazine, l'Express et Le Point, notamment). Les pouvoirs publics ont par la suite entamé leur propre démarche par la suite, mais cela n'empêche pas les palmarès des médias d'exister en parallèle. Ces palmarès ont l'avantage d'avoir une très grande visibilité auprès du public. La notion de palmarès est associée au fait que seuls sont classés les « meilleurs » établissements (le plus souvent les 50 premiers par condition clinique). En France, Le Point a aussi publié une « liste noire » des hôpitaux en matière d'infections nosocomiales. De nombreux journaux anglo-saxons n'hésitent pas, non plus, à établir des classements individuels à l'échelon des chirurgiens en fonction de leurs taux de mortalité.

---

<sup>iv</sup> Le Leapfrog group est une coalition des plus grands employeurs des États-Unis encourageant les employeurs à acheter des plans de santé qui respectent des standards de qualité minimum.

## ***II.4. Les Classements ministériels***

Les cas anglais et français illustrent cette approche propre à des formes de gouvernance de type régulation administrée. En 2001, le National Health Service (NHS), à l'initiative du gouvernement, classe les hôpitaux non spécialisés du NHS en quatre catégories (de zéro à trois étoiles), selon leurs résultats cliniques et un rapport sur la gouvernance établi par une commission. Selon le nombre d'étoiles obtenu, les hôpitaux reçoivent une plus grande liberté de gestion (« earned bureaucracy ») et plus de crédits. Cette démarche a pour principal objectif la réduction des délais d'attente et l'amélioration de la propreté, deux points sensibles pour les hôpitaux britanniques.

Les méthodes employées dans cette démarche sont aussi illustratives des questions techniques soulevées par les classements. Le classement agrège les scores obtenus sur différents indicateurs, introduisant des pondérations, sources de controverses. Il instaure également deux types de cotation selon les thèmes. Des objectifs de performance, les « key-targets », s'ils ne sont pas vérifiés renvoient immédiatement au score le plus bas (par exemple, si un patient observe un délai de rendez-vous supérieur à 18 mois pour une intervention chirurgicale, l'établissement a immédiatement zéro). Par contre, certaines cotations dépendent du score relatif de l'établissement par rapport aux autres. Ainsi, ce système dans certains cas se réfère à une performance dite « absolue », et dans d'autres, à une performance « relative ».

Le ministère français de la santé s'est également engagé en 2006 dans la voie du classement. Diffusé pour la première fois en février 2006 (pour des données de 2004), il concerne la prévention des maladies nosocomiales (infections contractées à l'hôpital dont l'origine est estimée dans environ un tiers des cas à des dysfonctionnements lors de la prise en charge). Tous les établissements de santé sont concernés. 2 00 établissements sont ainsi divisés en 14 catégories pour permettre une comparaison entre entités similaires (en fonction du nombre de lits et de l'activité). Validé scientifiquement, l'indicateur nommé l'ICALIN (Indice Composite d'Actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales) est un score sur 100 qui mesure l'organisation, les actions et les moyens utilisés pour prévenir les maladies nosocomiales. Selon son score, l'établissement est classé A, B, C, D ou E, les classes étant définies par la distribution des scores de 2003<sup>v</sup>. L'ICALIN s'inscrit dans une démarche globale avec le développement progressif de nouveaux indicateurs sur la consommation des produits hydro-alcooliques (ICSHA), sur la surveillance des infections du site opératoire (ISO) et sur la consommation d'antibiotiques (ICATB). Il n'existe contrairement au cas britannique aucune incitation/sanction associée au résultat. Mais les établissements, mal classés, D ou E, font l'objet d'un suivi rapproché de la part des agences régionales de l'hospitalisation. Un objectif national est également fixé pour qu'il n'y ait plus de « mauvais » à court terme.

---

<sup>v</sup> Les bornes des classes sont fixées à partir des données de 2003, elles ne changent pas lors des études postérieures pour une comparaison longitudinale. La classe A concerne les 10 % des hôpitaux avec les meilleures performances, B les 20 % suivants, C les 40 % suivants, D les 20 % suivants et E les 10 derniers pourcents.

## III. Méthodologie

### III.1. Stratégie de recherche

Concernant la revue de la littérature, nous avons effectué pour identifier les articles pertinents, avec l'aide du service de documentation de la HAS, une interrogation de la base Medline, sans limitation de date mais en restreignant la recherche aux publications en français ou en anglais, à partir des mots-clés suivants :

*"Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Outcome Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Certification"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh] AND ("Disclosure"[Mesh] OR "Information Dissemination"[Mesh] OR (Public\* release\*) OR (Public\* report\*) OR (Public\* disclos\*))*

Sur les 4 507 articles répertoriés dont 1 470 articles depuis 2006, 297 références ont été sélectionnées sur la base du résumé disponible, et retenues lorsqu'elles présentaient une pertinence suffisante. Les articles ainsi identifiés ont été comparés avec les revues de littérature préalablement établies. Nous avons retenu les articles concernant des indicateurs de performance des établissements de santé, qu'ils soient développés exclusivement pour ces structures ou en association avec d'autres, maisons de santé, réseau, notamment. À ces articles s'en ajoutent 40 cités parmi les références qui ont complété notre sélection, sur des critères de fréquence de citation et/ou de pertinence dans le traitement d'un sujet spécifique.

En parallèle, de nombreux sites internet ont été visités de façon approfondie de manière à identifier les rapports publiés sur le sujet, ainsi que les pages consacrées à la présentation d'expériences de diffusion publique. Pour être inclus dans cette revue, les sites Internet devaient répondre à certaines conditions :

- Être accessibles gratuitement au public (au moins partiellement) ;
- Fournir des informations comparatives sur la qualité des soins et la performance ;
- Concerner plusieurs établissements de santé (publics ou privés) ;

*A contrario*, les sites Internet d'un établissement de santé, même s'ils fournissaient des données comparatives à une moyenne régionale ou nationale, ont été exclus.

Les sites Internet publiant des informations comparatives contre abonnement ont également été exclus (cf. liste en annexe 1). Enfin, seuls les sites en langue anglaise ou française ont été visités. Au total, la revue initiale effectuée en 2006 a inclus 50 sites. Ces 50 sites dont les informations ont été mise à jour ont été inclus dans ce rapport (cf. liste en annexe 2).

### III.2. Cadre d'analyse

Cette revue de la littérature et des sites internet est subordonnée à un cadre d'analyse. Ce cadre a été construit dans un souci descriptif (description générale des expériences dans le cas des sites internet), et de réponses aux questions posées (les thèmes abordés, les modalités de diffusion et l'impact de cette diffusion publique). Les éléments de la littérature construisant les critères d'analyse sur l'impact de la diffusion publique, thème développé dans différents

articles et rapports, sont précisés dans la partie consacrée à ce sujet. Ainsi, le cadre décrit les domaines suivants :

- Description générale de l'expérience
  - Le promoteur, en distinguant les régulateurs/payeurs des autres, les premiers se rapprochant du cas de figure français
  - L'origine géographique (nationale, régionale, autre)
  - L'objectif affiché du site
  - La « cible » affichée sur le site
  - Le champ d'application géographique
  - Le champ couvert (spécialités, nombre établissements)
  - Les modalités de participation et de présentation des non-participants
  
- Typologie des indicateurs utilisés dans l'expérience
  - Utilisation d'indicateurs spécifiques ou élaborés par ailleurs
  - Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences aux États-Unis
  - Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences hors États-Unis
  
- Organisation du recueil des données
  - Sources de données
  - Nombre minimal pour présenter les données
  - Dates des dernières données disponibles
  
- Traitement des données
  - Méthodes de classements
  - Ajustement des données
  - Scores composites
  - Indication de tendances
  
- Modalités de diffusion des résultats
  - Diffusion nominative des données
  - Explications sur les indicateurs
  - Résultats présentés
  - Modalités de présentation graphique
  - Données comparatives
  - Interactivité
  
- Impact de la diffusion publique
  - Le citoyen : Le droit à l'information ou « transparence »
  - Le patient : Un consommateur « éclairé »
  - Le régulateur : Révéler l'information
  - Le professionnel : Une incitation à améliorer les soins

## **IV. Résultats**

### ***IV.1. Description générale de l'expérience***

#### ***IV.1.1. Les promoteurs des programmes***

Différents types de promoteurs peuvent être individualisés :

- Les financeurs et régulateurs du système de santé publiques (Ministères, Agences nationales, Agences régionales) ou privés (Assureurs) : ils étaient le promoteur de 26 sites sur les 50 visités (6 Ministères ou Agences nationales, 18 Agences régionales et 2 assureurs).
- Les producteurs de soins : ils étaient le promoteur de 11 sites sur les 50 visités (associations d'hôpitaux).
- Les associations à but non lucratif autres : elles étaient le promoteur de 7 sites sur les 50 visités (6 associations d'employeurs et une de consommateurs).
- Les sociétés commerciales : elles étaient le promoteur de 3 sites sur les 50 visités.
- Les médias : elles étaient le promoteur de 3 sites sur les 50 visités.

Dans la suite du rapport, nous distinguons les « financeurs/régulateurs » des autres promoteurs. Il nous semble en effet que ces promoteurs se prêtent mieux à la comparaison avec la réflexion des pouvoirs publics français, même si parmi eux sont comptabilisés les expériences menées par des assureurs privés nord-américains (2 sites).

Il faut remarquer que parmi les sites non visités (accès payant ou réservé) figuraient cinq sociétés commerciales, cinq associations d'hôpitaux, un assureur et une association d'employeurs.

#### ***IV.1.2. Origine géographique***

La très grande majorité des sites visités concernait des programmes aux États-Unis (45 sites sur 50).

Les autres pays concernés étaient :

- le Royaume-Uni (3 sites),
- le Canada (1 site),
- et le Danemark (1 site).

#### ***IV.1.3. Objectif affiché du site***

Trois objectifs étaient fréquemment cités sur les sites analysés, pouvant être associés :

- Permettre au visiteur de prendre des décisions éclairées concernant sa santé et de choisir l'établissement le plus adapté (n=34).
- Améliorer la qualité des soins en permettant aux établissements de santé de se comparer entre eux (n=14).

- Mettre à disposition une information sur la qualité des soins dans les établissements de santé, dans un but de transparence (n=14).

L'objectif en fonction du promoteur est présenté dans le tableau suivant :

Promoteur	Choix d'un établissement (%)	Améliorer la qualité des soins (%)	Diffuser de l'information (%)
Financeurs (n=26)	69,2	34,6	26,9
<i>dont Agences nationales (n=6)</i>	33,3	33,3	50
Autres (n=24)	66,7	20,8	29,2
<b>Total</b>	<b>68,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>

L'objectif en fonction du pays d'origine du programme est présenté dans le tableau suivant :

Promoteur	Choix d'un établissement (%)	Améliorer la qualité des soins (%)	Diffuser de l'information (%)
États-Unis (n=45)	73,3	22,2	26,7
Hors États-Unis (n=5)	20,0	60,0	40,0
<b>Total</b>	<b>68,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>

#### *IV.1.4. La « cible » affichée sur le site*

Seule une expérience s'adressait uniquement aux établissements de santé, même si les données étaient entièrement accessibles au public (CMS/Premier Inc). Toutes les autres s'adressaient en priorité au grand public. Les termes utilisés étaient variables dans ce cas :

- le consommateur (n=22)
- « vous » (n=9)
- le public (n=4)
- le lecteur (n=1)
- le patient et sa famille (n=3)
- l'utilisateur (n=1)
- le citoyen (n=2)
- le patient (n=1)
- les patients et le public (n=1)
- la population (n=1)
- « je » (n=1)
- le public, le citoyen ou le consommateur (n=1)
- l'adulte ayant besoin de soins hospitaliers (n=1)

Parmi les 49 sites ayant pour cible le public, 20 affichaient également une autre cible :

- les fournisseurs de soins (n=13)
- les fournisseurs de soins et les financeurs (n=3)
- les financeurs (n=3)
- les employeurs (n=1)

L'objectif en fonction de la cible est présenté dans les tableaux suivant :

#### Les promoteurs « régulateurs/payeurs »

Cible	Choix d'un établissement (%)	Améliorer la qualité des soins (%)	Diffuser de l'information (%)
Consommateurs uniquement (n=12)	73,3	20,0	26,7
Consommateurs et employeurs (n=0)	0	0	0
Fournisseurs de soins seuls (n=1)	0	100	0
Consommateurs et financeurs (n=3)	100	70,0	50,0
Consommateurs et fournisseurs de soins (n=10)	0	0	0
Consommateurs et fournisseurs de soins et financeurs (n=0)	80,8	42,3	34,6
<b>Total</b>	<b>69,2</b>	<b>34,6</b>	<b>26,9</b>

#### Les autres promoteurs

Cible	Choix d'un établissement (%)	Améliorer la qualité des soins (%)	Diffuser de l'information (%)
Consommateurs uniquement (n=17)	64,7	11,8	35,3
Consommateurs et employeurs (n=1)	100	100	0
Fournisseurs de soins seuls (n=0)	0	0	0
Consommateurs et financeurs (n=0)	0	0	0
Consommateurs et fournisseurs de soins (n=3)	66,7	0	33,3
Consommateurs et fournisseurs de soins et financeurs (n=3)	66,7	66,7	0
<b>Total</b>	<b>66,7</b>	<b>20,8</b>	<b>29,2</b>

#### Tous promoteurs confondus

Cible	Choix d'un établissement (%)	Améliorer la qualité des soins (%)	Diffuser de l'information (%)
Consommateurs uniquement (n=29)	68,8	15,6	31,3
Consommateurs et employeurs (n=1)	100,0	100,0	0
Fournisseurs de soins seuls (n=1)	0	100,0	0
Consommateurs et financeurs (n=3)	100,0	0	0
Consommateurs et fournisseurs de soins (n=13)	92,3	53,8	46,2
Consommateurs et fournisseurs de soins et financeurs (n=3)	66,7	66,7	0
<b>Total</b>	<b>68,0</b>	<b>28,0</b>	<b>28,0</b>

#### *IV.1.5. Le champ d'application géographique*

Le champ d'application du programme était national pour 12 sites (dont 3 par échantillonnage), régional pour 36 sites (région, état, province), ou départemental pour deux sites (département, comté).



#### ***IV.1.6. Le champ couvert (spécialités, nombre d'établissements)***

La grande majorité des programmes concernait uniquement des établissements de court-séjour (43 sur 55). Les autres incluaient d'autres types de prise en charge : psychiatrie, soins de suite, soins de longue durée.

Le nombre médian d'établissements participants était de 125, variant de 13 à 5 000. Pour 22 sites, le nombre d'établissements participants était de moins de 100 ; pour 6 sites, le nombre d'établissements participants était de plus de 1 000. Ce nombre était bien entendu dépendant du champ d'application géographique.

#### ***IV.1.7. Les modalités de participation et la présentation des non-participants***

Dans 14 cas, le programme était une obligation réglementaire, locale ou nationale (12 fois aux États-Unis). Dans 25 cas (23 fois aux États-Unis), la participation au programme était basée sur le volontariat, mais favorisée dans plus de la moitié des cas par une incitation financière. Cette dernière a nettement fait progresser la participation si l'on se fie au cas le plus connu de l'« Hospital Quality Initiative » (Centre for Medicare and Medicaid Services) où le bond a été spectaculaire à la suite d'une mesure qui conditionnait l'attribution d'une actualisation de 0,4 % du paiement des dépenses médicamenteuses annuelles à cette participation.

Enfin, dans 11 cas (10 fois aux États-Unis), la participation ne reposait pas directement sur une obligation réglementaire, mais ne dépendait pas de la volonté des établissements (utilisation de données fournies par l'établissement à un tiers, le plus souvent dans un but de facturation).

Pour les sites n'atteignant pas l'exhaustivité des établissements concernés, les établissements non-participants étaient listés dans moins d'un cas sur deux.

### ***IV.2. Typologie des indicateurs utilisés dans l'expérience***

#### ***IV.2.1. Utilisation d'indicateurs développés à un niveau national***

Parmi les 50 sites visités, 31 présentaient des indicateurs issus de programmes développés au niveau national. Ces programmes étaient le plus fréquemment :

- Les programmes constituant l'Hospital Quality Alliance, dont le fer de lance est le site Hospital Compare :
  - Hospital Quality Initiatives développé par le Centre for Medicare & Medicaid Services (CMS)
  - la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ; la totalité ou une partie des indicateurs de ce programme étant utilisé par 20 autres sites aux États-Unis.
  - Le programme Quality Indicators (QIs) développé par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ; la totalité ou le plus souvent une partie des indicateurs de ce programme étant utilisé par 13 sites aux États-Unis.
- Le programme du Leapfrog Group, dont les indicateurs sont utilisés par sept sites aux États-Unis.

Les 19 sites restants présentaient des indicateurs développés spécifiquement, ou utilisés sans référence à un programme national.

Par ailleurs, cinq sites présentaient des indicateurs de satisfaction utilisant des méthodes validées au niveau national ou régional (deux enquêtes Press Ganey, deux enquêtes Picker, une enquête PEP'C).

#### *IV.2.2. Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences aux États-Unis*

L'étude des thèmes concernés par les indicateurs est effectuée en deux temps : analyse des thèmes aux États-Unis, puis analyse des thèmes en dehors des États-Unis.

##### Respect des bonnes pratiques professionnelles

Aux États-Unis, les thèmes concernant le respect des recommandations (et les indicateurs s'y rapportant) sur les 45 sites sont résumés dans le tableau suivant.

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Respect des recommandations – Infarctus du myocarde (JCAHO)	<b>10</b>	9
Aspirine à l'admission	<b>9</b>	8
Aspirine à la sortie	<b>9</b>	8
Beta-bloquants à l'admission	<b>9</b>	8
Beta-bloquants à la sortie	<b>9</b>	8
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	<b>9</b>	8
Arrêt du tabac	<b>7</b>	8
Angioplastie	<b>6</b>	5
Thrombolyse	<b>6</b>	4
Score composite	<b>7</b>	6
Respect des recommandations – Insuffisance cardiaque (JCAHO)	<b>9</b>	10
Évaluation de la fonction ventriculaire gauche	<b>8</b>	8
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	<b>8</b>	8
Éducation thérapeutique avant la sortie	<b>7</b>	8
Arrêt du tabac	<b>7</b>	8
Score composite	<b>6</b>	7
Respect des recommandations – Pneumopathie (JCAHO)	<b>10</b>	10
Contrôle de l'oxygénation	<b>9</b>	8
Antibiothérapie démarrée rapidement	<b>9</b>	8
Vaccination anti-pneumococcique	<b>9</b>	8
Vaccination anti-grippale	<b>2</b>	0
Hémoculture avant l'antibiothérapie	<b>7</b>	6
Arrêt du tabac	<b>6</b>	8
Score composite	<b>7</b>	6

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Respect des recommandations – Infections du site opératoire (JCAHO)	<b>7</b>	<b>5</b>
Antibioprophylaxie démarrée 1 heure avant l'incision	<b>7</b>	<b>5</b>
Antibioprophylaxie arrêtée dans les 24 heures	<b>7</b>	<b>5</b>
Antibioprophylaxie appropriée	<b>1</b>	<b>0</b>
Score composite	<b>3</b>	<b>0</b>
Respect des recommandations – Pontage (Leapfrog Group)	<b>0</b>	<b>2</b>
Aspirine à la sortie	<b>0</b>	<b>2</b>
Utilisation de l'artère mammaire interne	<b>0</b>	<b>2</b>
Beta-bloquants dans les 24 heures	<b>0</b>	<b>2</b>
Beta-bloquants à la sortie	<b>0</b>	<b>2</b>
Anti-lipémiants à la sortie	<b>0</b>	<b>2</b>
Extubation rapide	<b>0</b>	<b>2</b>
Respect des recommandations – Angioplastie (Leapfrog Group)	<b>0</b>	<b>2</b>
Angioplastie réalisée rapidement	<b>0</b>	<b>2</b>
Aspirine à la sortie	<b>0</b>	<b>2</b>
Respect des recommandations – Cure d'anévrisme (Leapfrog Group)	<b>0</b>	<b>2</b>
Beta-bloquants à l'admission	<b>0</b>	<b>2</b>
Beta-bloquants à la sortie	<b>0</b>	<b>2</b>

Des indicateurs de respect des recommandations sur les accouchements à haut risque (prescription de stéroïdes) étaient utilisés par un site (The Leapfrog Group – Leapfrog's ratings of hospital quality). Des indicateurs de respect des recommandations sur le pontage aorto-coronarien et la prothèse de hanche ou de genou élaborés par la JCAHO étaient également utilisés en test sur un site (Centers for Medicare and Medicaid Services – Premier – Hospital Quality Incentive).

## Mortalité

Toujours aux États-Unis, l'utilisation d'indicateurs de mortalité sur les 45 sites est résumée dans le tableau suivant. Ces indicateurs sont utilisés dans 16 sites. Ce sont des taux de mortalité observés dans des conditions cliniques spécifiques.

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Indicateurs de mortalité (AHRQ)	11	5
Après pontage aorto-coronarien	9	4
Après infarctus du myocarde	6	5
Après angioplastie	6	4
Après insuffisance cardiaque	5	3
Après pneumopathie	5	3
Après fracture de hanche	5	3
Après prothèse totale de hanche	5	3
Après Pancréatectomie	3	1
Après Oesophagectomie	3	1
Chirurgie cardiaque chez l'enfant	2	0
Craniotomie	2	3
Après accident vasculaire cérébral	4	3
Indicateurs de mortalité (Leapfrog Group)	0	3
Après pontage aorto-coronarien	0	3
Après angioplastie	0	3
Indicateurs de mortalité (Autres)	1	7
<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Indicateurs de mortalité (AHRQ)	11	5
Après pontage aorto-coronarien	9	4
Après infarctus du myocarde	6	5
Après angioplastie	6	4
Après insuffisance cardiaque	5	3
Après pneumopathie	5	3
Après fracture de hanche	5	3
Après prothèse totale de hanche	5	3
Après Pancréatectomie	3	1
Après Oesophagectomie	3	1
Chirurgie cardiaque chez l'enfant	2	0
Craniotomie	2	3
Après accident vasculaire cérébral	4	3
Indicateurs de mortalité (Leapfrog Group)	0	3
Après pontage aorto-coronarien	0	3
Après angioplastie	0	3
Indicateurs de mortalité (Autres)	1	7

## Volume/Productivité

Toujours aux États-Unis, l'utilisation d'indicateurs de volume sur les 45 sites est résumée dans le tableau suivant.

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Indicateurs de volume (AHRQ)	<b>5</b>	<b>3</b>
Pontage aorto-coronarien (dont 2 fois sans référence à l'AHRQ)	<b>5</b>	<b>2</b>
Angioplastie	<b>3</b>	<b>2</b>
Endartériectomie (dont 1 fois sans référence à l'AHRQ)	<b>3</b>	<b>3</b>
Cure d'anévrisme aortique abdominal	<b>3</b>	<b>2</b>
Pancréatectomie	<b>3</b>	<b>1</b>
Oesophagectomie	<b>3</b>	<b>1</b>
Chirurgie cardiaque chez l'enfant	<b>3</b>	<b>1</b>
Indicateurs de volume (Leapfrog Group)	<b>2</b>	<b>4</b>
Pontage aorto-coronarien	<b>2</b>	<b>4</b>
Angioplastie	<b>2</b>	<b>4</b>
Cure d'anévrisme aortique abdominal	<b>2</b>	<b>4</b>
Accouchements à haut risque	<b>2</b>	<b>2</b>
Pancréatectomie	<b>0</b>	<b>3</b>
Oesophagectomie	<b>0</b>	<b>3</b>
Indicateurs de volume (Autres)	<b>0</b>	<b>2</b>

## Sécurité des soins

### - *Iatrogénie*

Toujours aux États-Unis, l'utilisation d'indicateurs sur les complications iatrogènes sur les 45 sites est résumée dans le tableau suivant.

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Indicateurs de complications iatrogènes (AHRQ)	2	1
Infections liées aux soins	2	1
Pneumothorax	1	1
Fracture post-opératoire	2	1
Embolie pulmonaire ou thrombophlébite post-opératoire	1	1
Sepsis post-opératoire	1	1
Ulcères décubitus	2	0
Lacérations vaginales après accouchement	1	0
Complications chez l'enfant après accouchement	1	0
Score composite	1	0
Indicateurs de complications iatrogènes (Autres)	7	7
Chutes de patients entraînant un accident	2	0
Scores composites pour 11 pathologies ou situations cliniques	0	1
Complications après l'accouchement (mère et enfant)	0	1
Complications après prothèses totales de hanche ou de genou	1	0
Taux de réadmission divers	4	0

### - *Autres indicateurs de sécurité*

Toujours aux États-Unis, l'utilisation d'autres indicateurs de sécurité, plutôt de processus, sur les 45 sites est résumée dans le tableau suivant.

<b>Thème (et indicateur)</b>	<b>Financeurs</b>	<b>Autres</b>
Indicateurs de sécurité (Leapfrog Group)	2	5
Prescription médicale informatisée	2	5
Ressources humaines en réanimation	2	5
Indicateurs du National Quality Forum	0	2
Indicateurs de sécurité (Autres)		
Présence de programmes sur les infections du site opératoire	2	0
Prescriptions informatisées	2	0
Prévention des erreurs	0	1

## Autres

Thème (et indicateur)	Financeurs	Autres
<b>Indicateurs de gestion de la relation patient</b>		
Satisfaction du patient*	5	3
Disponibilité de patients « référents » si demande d'autres patients	2	0
Date du dernier projet d'amélioration de la satisfaction des patients	2	0
Programme pour impliquer le patient dans les choix de traitements	2	0
Programme de systématisation des consultations de suivi	2	0
Réputation	0	2
Taux de plaintes	0	1
Médecins faisant l'objet de procédures disciplinaires	0	1
Mauvaises pratiques, décès ou négligences suivis de poursuites judiciaires	0	1
<b>Indicateurs de gestion de ressources humaines</b>		
Ratio de personnel infirmier par patient	2	2
Présence de coordonnateurs hospitaliers	2	0
Présence de pharmaciens	2	0
Présence de réanimateurs dans les unités de soins intensifs	2	0
<b>Indicateurs d'efficience</b>		
Durées de séjour diverses	4	4
Coûts d'hospitalisation	2	3
<b>Indicateurs autres</b>		
Programme de prise en charge de la douleur	2	0
Score d'accréditation de la JCAHO	0	2
Index de qualité hospitalière	0	1

\* Le thème de la satisfaction du patient est exploité dans plusieurs sites notamment « Hospital Compare » suite à la mise en place du questionnaire « Hospital CAHPS® » depuis 2006 qui permet d'avoir des données annuelles sur la satisfaction des utilisateurs.

### IV.2.3. Thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences hors EU

Les thèmes des indicateurs utilisés dans les expériences menées hors des États-Unis sont résumés dans le tableau suivant (n=5).

Thème (et indicateur)	Financeurs	Autres
Satisfaction	3	1
Résolution de plaintes	2	0
Volumes divers	0	1
Continuité des soins (dossier, organisation du séjour)	2	1
Notoriété	0	0
Annulation de procédures	2	0
Respect des recommandations	2	1
Accident vasculaire cérébral	1	0
Infarctus aigu du myocarde	0	1
Diabète	1	0
Insuffisance cardiaque	1	0
Fracture du col du fémur	1	0
Prise en charge du cancer	1	0
Ulcère gastro-duodéal	1	0
Schizophrénie	1	0
Risque iatrogène		
Lutte contre les infections nosocomiales	1	0
Survenue de complications	1	1
Réadmissions	0	1
Mortalité	0	1
Accessibilité	2	1
Durées d'attente	2	1
Délais d'attente	2	1
Efficiences		
Durées de séjour	0	1
Coûts liés au séjour	0	0
Atteinte des objectifs financiers	1	0
Gestion de ressources humaines		
Ratio de personnel infirmier et médical par patient	0	1



### ***IV.3. Organisation du Recueil des données***

#### ***IV.3.1. Source de données***

Trois sources de données étaient identifiables :

- Le recueil de données issues de bases médico-administratives (36 sites) :  
Les données extraites des bases de données équivalentes au PMSI, ou autres, sont fournies soit directement par l'établissement de santé, soit par l'intermédiaire de tutelles régionales. Ce type de recueil est surtout utilisé pour les indicateurs de volume, d'utilisation de procédures, de survenue de complications ou de mortalité.
- Le recueil de données issues du dossier patient (21 sites) :  
Le plus souvent utilisé pour les indicateurs de respect des recommandations, le recueil est réalisé après une analyse rétrospective le plus souvent de la totalité (plus rarement d'un échantillon) des dossiers concernés par une pathologie ou une situation clinique.
- Le recueil de données issues d'enquêtes spécifiques (18 sites) :
  - auprès des établissements de santé (13 sites) : ce sont des enquêtes dont les réponses sont fournies directement par les établissements de santé, le plus souvent de façon déclarative. Elles concernent principalement des indicateurs portant sur la sécurité (moyens et outils mis en œuvre, procédures existantes).
  - auprès de patients (5 sites) : ce sont des enquêtes de satisfaction sur l'hospitalisation, menées à partir de questionnaires validés et communs aux établissements de santé (Picker®, Press Ganey®, PEP'C®).
  - auprès des médecins (1 site) : une enquête de ce type est utilisée pour calculer un indicateur de réputation des établissements de santé.

Ce décompte intègre les données de première main, généralement demandées par les promoteurs de type « régulateurs/payeurs », et de seconde main, reprises par les médias.

Des contrôles de données étaient annoncés dans les deux-tiers des programmes (34 sites). Il s'agissait :

- d'une vérification du codage de dossiers patients par tirage au sort de quelques-uns d'entre eux (16 sites, le plus souvent ceux reprenant les données du site « Hospital Compare » sur le respect des recommandations) ;
- d'un contrôle logique des données issues des bases de données médico-administratives (14 sites). Les modalités de ces contrôles n'étaient pas toujours détaillées, mais ils étaient parfois basés sur le système Health Care Utilization Project's (HCUP) développé par l'AHRQ ;
- d'un contrôle de l'exhaustivité des données, par comparaison de plusieurs sources (5 sites) ;
- d'audits externes plus rarement, réalisés par des assistants de recherche clinique ou des sociétés spécialisés (3 sites)

Ces contrôles de données n'étaient cependant pas toujours explicités avec les résultats.

### ***IV.3.2. Nombre minimal de données***

Un nombre minimal de cas à inclure pour la présentation des données était utilisé par 34 sites. Ce nombre minimal était très variable, y compris pour des indicateurs identiques. Par exemple, pour les indicateurs de respect des recommandations de la JCAHO, certains établissements ne retenaient aucun nombre minimal, alors que d'autres retenaient un nombre compris entre 15 et 30.

Au total, neuf nombres différents étaient utilisés, variant de 5 à 75. Le nombre 30 était utilisé treize fois et le nombre 25 onze fois.

Dans un cas, un nombre minimal était défini (10), mais le résultat de l'indicateur était présenté quand même ; c'est le nombre précis de patients qui ne l'était pas (par souci de confidentialité).

Sur ces 34 sites, 26 présentaient la liste des établissements n'ayant pas atteint le nombre minimal de données

### ***IV.3.3. Date des dernières données disponibles***

Les données utilisées pour le calcul des indicateurs en 2008 dataient le plus souvent de l'année en cours ou de l'année précédente. Plus rarement les données datées de deux ans.

## ***IV.4. Traitement des données***

### ***IV.4.1. Méthodes de classement***

En pratique courante, un nombre limité de méthode de classement est utilisé pour comparer la performance des fournisseurs de soins. Ces méthodes peuvent être classées en 3 catégories (Tableau 1) : Classement par les rangs ; Distribution selon des percentiles ; Intervalle de confiance.

**Tableau 1 - Méthodes de classements utilisées**

<b>Méthode</b>	<b>Caractéristiques</b>	<b>Exemple</b>
Classement par les rangs	Valeur moyenne ou score (le plus élevé = 1er).	Palmarès de média. En règle générale, 50 ou 100 établissements classés
Conformité à un seuil	Niveau de performance définit à partir de la comparaison avec des valeurs seuils.	La NHS définit 3 niveaux de performance à partir de deux seuils
Distribution selon les percentiles	Utilisation des percentiles, soit découpés en tailles égales (ex : 3 groupes de 33% ou 5 groupes de 20%), ou en tailles inégales (ex : 3 groupes de 10%, 80% et 10% ou en 5 groupes de 10, 20, 40, 20, 10%).	Utilisé par beaucoup de systèmes de classement national (NHS, CMS)
Classement par rapport à un taux attendu	La comparaison s'établit entre un taux observé et un taux attendu. Trois catégories peuvent ainsi être identifiées : « au-dessus », « identique », « en-dessous »	
Distribution selon les « outliers »	Les « outliers » ou valeurs extrêmes sont définies par un test de normalité, ex : une valeur qui n'est pas dans l'intervalle +/- 2 déviation par rapport à la moyenne. Le classement conduit alors à trois classes : - 2DS/Moyenne/+2 DS	
Intervalle de confiance (IC)	La position de l'IC d'un fournisseur de soins donné par rapport à la moyenne globale des fournisseurs de soins. Pour 5 groupes : un fournisseur sera dans le groupe 1 si la moyenne globale est inférieure à la borne inférieure de son IC à 99% ; dans le groupe 2, si la valeur globale est incluse entre la borne inférieure de l'IC à 99% et celle à 90% ; dans le groupe 3, si la valeur globale est incluse dans l'intervalle formé par la valeur inférieur et supérieur de l'IC à 90% et ainsi de suite pour les groupes 4 et 5. Pour 3 groupes : les groupes 2 et 4 sont fusionnés avec le groupe 3. L'IC peut être de 90, 95, ou 99% selon la contrainte recherchée	Ontario Report Card

La méthode de classement fondée sur la distribution selon les percentiles est la méthode la plus couramment utilisée. Des tests de comparaisons paires à paires (Bonferroni, ou Scheffé) sont souvent réalisés pour ajouter une cohérence statistique plus forte à cette méthode.

Par comparaison, la méthode utilisant les intervalles de confiance (IC) n'était utilisée que sur 8 sites, et était calculable sur un autre (table de correspondance). Il s'agissait le plus souvent d'IC à 95 %. Sur deux sites, 2 seuils étaient présentés pour un même résultat (90 et 99 % ; et 95 et 99 %).

Cependant, si les IC n'étaient pas fréquemment présentés, ils étaient en revanche utilisés dans 26 cas pour la répartition en classes (déterminée par la position de la moyenne globale par rapport à l'IC de l'établissement ou la position de la moyenne de l'établissement par rapport à l'IC de la moyenne globale).

Enfin, les méthodes fondées sur les lois bayésiennes, ou par classification hiérarchique ascendante étaient parfois évoquées, mais rarement utilisées pour des comparaisons nationales.

#### ***IV.4.2. Ajustement des données***

Un ajustement des données était utilisé par 34 sites. Les indicateurs concernés étaient relatifs à la mortalité, les complications, les durées de séjour, l'utilisation de procédures, et les réadmissions. Dans 15 cas, le modèle utilisé était le modèle All Patient Refined – Diagnosis Related Group (APR-DRG) développé par la société 3M®. Dans neuf cas, le modèle d'ajustement avait été élaboré spécifiquement pour le programme. Sur 10 sites, la méthode d'ajustement utilisée n'était pas précisée.

#### *IV.4.3. Scores composites*

Peu de sites présentaient un score synthétique par établissement. C'était toutefois le cas des 5 sites dont les promoteurs sont des médias. C'était aussi le cas des sites du NHS et du « Health Insight ». La méthode de calcul du score synthétique était détaillée, sauf pour quatre des cinq sites de médias. Elle correspondait à une pondération des différents indicateurs.

Par ailleurs, 22 sites sur 55 utilisaient des scores composites par thématique. Ces scores composites concernaient principalement les indicateurs de respect des recommandations et de satisfaction. Pour les indicateurs de respect des recommandations développés par la JCAHO, un score composite a été élaboré, mais il n'est utilisé que par la moitié environ des sites présentant les résultats de ces indicateurs.

La méthode de calcul était détaillée dans 17 cas. Il s'agissait le plus souvent d'une moyenne pondérée des indicateurs composant le score composite. Dans un site (Vermont Department of BISHCA), la méthode « All or None » était utilisée (la prise en charge globale est considérée comme conforme si tous les indicateurs sont conformes). Dans un autre site (The Leapfrog Group), le score composite était calculé à partir d'un algorithme en fonction des résultats des différents indicateurs le composant.

L'utilisation d'un score synthétique ou composite en fonction du promoteur est résumée dans le tableau suivant.

<b>Promoteur</b>	<b>Utilisation d'un score synthétique (%)</b>	<b>Utilisation d'un score composite par thématique (%)</b>
Financeurs (n=26)	7,7	35,7
Dont Agences nationales (n=6)	33,3	50,0
Producteurs de soins (n=11)	9,1	36,4
Associations à but non lucratif (n=7)	0,0	57,1
Sociétés commerciales (n=3)	0,0	50,0
Médias (n=3)	100,0	40,0
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	<b>40,0</b>

#### *IV.4.4. Indication de tendances*

Des données tendanciennes étaient présentées sur 13 sites. Il s'agissait le plus souvent de données de l'année ou des deux années précédentes. La présentation de ces données était le plus souvent numérique, et quelquefois graphique (courbe). Sur un site, l'évolution par rapport à l'année précédente était signalée par un symbole spécifique (amélioration significative, stagnation, détérioration significative).

Les indicateurs concernés par des données tendanciennes portaient le plus souvent sur les thèmes suivants : respect des recommandations de pratique clinique, mortalité, durées de séjour, et satisfaction.

## ***IV.5. Modalités de diffusion des résultats***

### ***IV.5.1. Diffusion nominative des données***

L'accès au site était libre et complet pour 49 sites. Dans 1 cas, seul un accès partiel était permis. Mais il faut rappeler que 12 sites n'ont pas été inclus car non accessibles, soit plus d'un sur cinq.

La diffusion était nominative (intitulé de l'établissement) dans la très grande majorité des cas. Seule une expérience présentait des résultats anonymes (WHA Information Center).

### ***IV.5.2. Explications sur les indicateurs***

Une aide à l'interprétation des résultats était présente sur la plupart des sites. Cette aide se présentait le plus souvent sous la forme d'une définition de l'indicateur et d'une justification de son utilisation, au-dessus ou en dessous de la présentation des résultats, ou accessible sur simple clic. Les explications fournies étaient plus ou moins détaillées et compréhensibles par le public en fonction des sites. Plus rarement, le « sens » de l'indicateur était précisé (exemple : « plus la valeur est haute, plus le résultat est bon »).

### ***IV.5.3. Résultats présentés***

- Il s'agissait pour 14 sites d'un résultat numérique uniquement.
- Il s'agissait pour 4 sites d'un résultat par classe uniquement.
- Sur 19 sites, on retrouvait un résultat numérique ou un résultat par classe en fonction des indicateurs.
- Sur 7 sites, les résultats étaient présentés sous deux formes : numérique et par classe.

Pour les sites utilisant des résultats par classe, les modalités de répartition étaient variables :

- répartition par rapport à la moyenne (14 sites) ;
- répartition par rapport au taux attendu (10 sites) ;
- répartition selon le degré d'atteinte d'un objectif (9 sites) ;
- répartition par percentiles (3 sites).

Le nombre de classes était le plus souvent de trois (sur 24 sites), parfois de cinq (7 sites), quatre (5 sites) ou deux (2 sites).

La modalité de présentation de la classe était également très variable :

- dans de nombreux cas par symboles (28 sites) ; dans ce cas, les symboles les plus fréquemment utilisés étaient les étoiles (11 sites), des cercles plus ou moins remplis, des signes mathématiques, des flèches, ou des curseurs ;
- scripturale ou « en toutes lettres » (6 sites) ;
- par code couleur (2 sites).

Le nombre de cas inclus ou dénominateur était présenté sur 31 sites (certaines fois pour une partie des indicateurs seulement).

Le nombre de cas conformes ou numérateur était présenté sur 10 sites, et était déductible sur 13 autres sites (dénominateur et proportion présentes).

#### ***IV.5.4. Modalités de présentation graphique***

Les résultats des indicateurs étaient présentés dans la moitié des sites sous forme de tableau uniquement (une ligne par établissement). Dans quelques sites, ils étaient présentés uniquement de manière graphique ou à la fois sous forme de tableau et de graphique.

Pour les présentations graphiques, le type le plus fréquemment utilisé est l'histogramme avec barres horizontales représentant un ES.

Exemple :



#### ***IV.5.5. Données comparatives***

Des données comparatives de type Moyenne ou Médiane étaient disponibles sur 35 sites (32 pour la moyenne et 3 pour la médiane).

Dans notre revue, le benchmark est considéré comme une mesure étalon ou un standard qui sert de point de référence (permettant d'identifier les meilleurs afin de s'en inspirer). Dans cette acception, 21 sites sur les 50 proposaient des benchmarks. Dans 8 cas, il s'agissait de la diffusion d'un palmarès ou d'une présentation du ou des meilleurs établissements. Dans neuf cas, le benchmark était représenté par la valeur d'un percentile (le 75<sup>ème</sup> percentile dans un cas et le 90<sup>ème</sup> percentile dans huit cas). Enfin, dans quatre cas, le benchmark correspondait à la moyenne des 10 ou 15 % meilleurs établissements.

Globalement, 9 sites ne présentaient aucune donnée comparative de type moyenne, médiane ou benchmark.

Un objectif de performance ou « gold-standard » était défini pour les indicateurs (au moins en partie) sur 14 sites. Les indicateurs concernés étaient principalement les indicateurs de respect des recommandations de pratiques cliniques et les indicateurs de volume.

#### ***IV.5.6. Interactivité***

L'interactivité du site web (possibilité de recherche, de sélection d'établissements) était réelle pour 29 sites. Dans les autres cas, les résultats étaient soit dans un format web « figé » (7 sites), soit dans un format statique (« portable document format » ou pdf, 14 sites).

- Possibilités de recherche (géographique, nominative) :

Une recherche géographique était possible sur 25 sites. Les modalités étaient variables : carte cliquable pour 4 sites, saisie du code postal et d'une distance alentour pour 7 sites, sélection

d'une subdivision géographique sur 24 sites (région, état, comté...), sélection d'une ville sur 10 sites. Sur 7 autres sites où la recherche géographique n'était pas permise, les résultats étaient présentés par ville ou subdivision géographique.

Une recherche nominative d'établissement était permise sur 21 sites.

La recherche par type de prise en charge ou par spécialité était possible sur 24 sites.

- Possibilités de comparaison (sélection d'établissements) :

Une sélection de plusieurs établissements à des fins comparatives était permise sur 19 sites. Le nombre d'établissements à sélectionner était limité sur 7 de ces sites (de 2 à 12 établissements). Sur un site, la comparaison était possible avec les 10 établissements les plus proches de l'établissement sélectionné.

- Possibilités de classement par résultat :

Un classement par résultat était présenté ou disponible sur 12 sites.

#### ***IV.6. Impact de la Diffusion Publique***

L'Institute of Medicine nord-américain (IOM) affirme que les classements publics doivent améliorer la transparence, la manière de rendre des comptes et la qualité<sup>12</sup>. Différentes revues de littérature ont également cherché à développer les effets positifs et négatifs de la diffusion publique sur la qualité<sup>13-15</sup>. Sage<sup>16</sup> donne pour sa part un cadre théorique en distinguant des effets applicables au comportement de quatre types d'acteurs : citoyen, patient, régulateur/payeur, et professionnel au sens large (toute personne travaillant au sein d'un établissement de santé). C'est la synthèse de ces approches qui constitue notre propre cadre d'analyse.

##### ***IV.6.1. Le citoyen : Le droit à l'information ou la quête de « transparence »***

La diffusion publique de l'information relative à la qualité des soins peut être considérée comme un droit fondamental pour les citoyens, car la santé concerne leur intégrité physique et mentale. À ce titre, l'accessibilité de l'information (sa diffusion et sa compréhension) est indispensable au concept de démocratie, en consolidant la confiance du public par une plus grande transparence. Cette justification démocratique est d'autant plus pertinente lorsque le système de santé est principalement financé par de l'argent public. Dans un domaine où les ressources sont rares, la diffusion publique contribue à rassurer les patients sur la bonne distribution de celles-ci, source de confiance dans les institutions publiques.

Cet objectif d'amélioration de la démocratie sanitaire, aussi légitime soit-il, peut pourtant être entravé par le risque de créer une inégalité, en l'occurrence de nature informationnelle. En effet, l'environnement technologique de plus en plus complexe, et la disparité d'accès à l'information ne garantissent pas une égalité quant à la réception de l'information révélée à travers les classements. Face à ce constat, certains auteurs<sup>17 18</sup> soulignent l'aspect didactique de la présentation des indicateurs et des classements, prônant une réduction du nombre d'indicateurs et une information simplifiée.

Cette recherche d'égalité questionne aussi l'identité du promoteur du classement. Le régulateur/payeur, en tant qu'émanation du pouvoir politique, n'est pas forcément l'intermédiaire naturel entre le système de soins et les citoyens aux yeux de ces derniers. Isaacs<sup>19</sup> montre ainsi que si 60 % des patients font pleinement confiance à leur médecin, tout comme à leur entourage, seulement 8 % font confiance au pouvoir politique. Cette méfiance envers le pouvoir peut s'expliquer par la frontière entre « donner le choix » et « orienter le choix » du consommateur. Ainsi, si le public entend la révélation de l'information comme un contrôle sur le pouvoir politique et son action<sup>vi</sup>, alors toute information fournie par ce même pouvoir sera considérée comme discutable, et donc d'une utilité relative<sup>16</sup>. Le « gouvernement politique », comme agent révélateur de l'information, doit paraître impartial pour avoir la confiance du public<sup>20</sup>.

#### ***IV.6.2. Le patient : A la recherche d'un consommateur « éclairé »***

Pour Porter et Teisberg (2004)<sup>21</sup>, le consommateur doit avoir accès à une meilleure information pour pouvoir choisir l'établissement qui présente la meilleure qualité, par l'intermédiaire de son contrat d'assurance (notamment aux États-Unis via les HMO), ou par un choix direct au moment des soins (les réseaux ou « managed care »). Diffuser l'information est une manière de rendre le consommateur plus « éclairé », car il devient capable de choisir l'offre la plus adéquate à ses besoins. C'est là un autre effet attendu des classements, tourné cette fois non vers le citoyen, mais vers le patient.

Bien que des raisons méthodologiques peuvent expliquer l'incapacité des études à montrer un tel impact<sup>22</sup>, les études empiriques semblent surtout ne pas confirmer l'effet escompté<sup>14 15 19 22-26</sup>. Les études montrent que si les consommateurs désirent plus d'informations, ils ne l'utilisent pas forcément<sup>19</sup>. Par exemple, dans l'étude de Schneider et Epstein (1998)<sup>24</sup>, seulement 20 % des patients connaissaient l'existence d'un guide sur le taux de mortalité des hôpitaux et uniquement 11 % de ces patients disaient avoir été influencés par ce guide.

Un autre aspect confirme cette tendance : les faibles modifications de volume d'activité suivant la publication de ces classements (même si ces modifications de volume sont influencées par d'autres facteurs)<sup>27</sup>.

Les raisons avancées de ce faible impact sont la mauvaise compréhension des informations, la crédibilité que les patients leur accordent, et leur capacité à percevoir des différences<sup>28</sup>. Elles semblent particulièrement vraies dans le cas des populations vulnérables du fait de l'accès à l'information<sup>29</sup>.

Le « bouche à oreille », les expériences précédentes, et l'avis du médecin traitant apparaissent dans le choix opéré par les patients des critères prédominants<sup>30</sup>. Sur ce registre, il est aussi intéressant de noter que les études sur le comportement des médecins traitants montrent leur scepticisme à l'égard des classements<sup>14</sup>, et donc leur peu d'influence au moment de leur décision de référer un patient à un hôpital<sup>31</sup>.

Cependant, les travaux récents d'Hibbard et al. ouvrent l'hypothèse d'une évolution des comportements des consommateurs: devant la régularité de ces classements, ils s'avèreraient

---

<sup>vi</sup> En France, le service public hospitalier représente les trois quarts des lits et places offerts par le système hospitalier.



progressivement plus aptes à identifier rapidement les meilleurs établissements , et mieux à même de garder cette information en mémoire deux ans après<sup>32</sup>. De même, une étude récente montrent que la diffusion publique sur la qualité des transplantations rénales influence les plus jeunes et les universitaires, mais sans véritablement modifier la demande<sup>33</sup>.

#### ***IV.6.3. Le régulateur : Révéler l'information***

L'effet du classement est là pour pallier aux asymétries d'informations entre le régulateur et le producteur. L'État régulateur et/ou les assureurs sont des payeurs en situation de connaissance imparfaite sur la qualité des soins produits par les producteurs que sont les établissements de soins. Pour cette raison, ils peuvent subir des comportements stratégiques d'anti-sélection ou d'aléa moral de la part de ces mêmes producteurs: l'État ou les assureurs peuvent surpayer involontairement des actes, tandis que les établissements ont la possibilité de sélectionner des patients peu graves, donc *a priori* peu coûteux.

Dans ces conditions, les classements peuvent être d'une aide précieuse. Néanmoins, les risques semblent encore importants car cette révélation d'information reste partielle. Elle porte en effet sur des thèmes spécifiques, et des évaluations de type « bons », « moyens », « mauvais ». Elle risque ainsi de déclencher des comportements inattendus de la part des professionnels<sup>15</sup>. Le choix des mesures de qualité utilisées oriente les efforts des professionnels qui peuvent se désintéresser d'autres politiques de qualité non soumises à ces mesures. Elle peut aussi entraîner des formes d'optimisation inappropriées d'un point de vue clinique. Par exemple, l'optimisation des files d'attente pour des interventions chirurgicales dans les hôpitaux britanniques a conduit les chirurgiens à traiter les patients dans un ordre différent des priorités cliniques afin de respecter les recommandations<sup>34</sup>. Enfin, l'utilisation des données de classement dans une perspective d'allocation de ressources peut conduire à sélectionner les patients les plus aptes à obtenir de bons résultats<sup>35</sup>.

Notons également que les études, assez anciennes au demeurant, sur la réalité de l'intérêt portée par les régulateurs/payeurs à ces classements témoignent d'un intérêt modéré<sup>36 37</sup>.

#### ***IV.6.4. Le professionnel : Une incitation à améliorer les soins***

Le quatrième objectif concerne les professionnels qui peuvent ainsi connaître la meilleure pratique et les standards de qualité les plus répandus à l'aide des informations divulguées par les classements, et donc y voir une incitation à s'améliorer.

La diffusion publique est en théorie plus efficace que les audits internes car, en dévoilant l'information, elle oblige les établissements et les professionnels à changer leurs comportements, pour s'améliorer (médecins, mais aussi infirmières pour qui des mesures spécifiques sont développées<sup>38</sup>). Les hypothèses sous-jacentes considèrent que les professionnels ont<sup>39</sup> : (i) un désir intrinsèque d'améliorer leur pratique et de se concentrer sur la qualité, (ii) de conserver leur réputation<sup>29</sup>, (iii) de craindre une perte de clientèle qui s'orienterait vers de meilleurs établissements, (iv) et d'anticiper des actions de contrôle de la part du régulateur. Or, en l'absence de toute incitation, des facteurs de court terme (le temps, les coûts ...) prennent l'avantage sur la qualité.

Les études empiriques ont montré que l'efficacité de cette diffusion est très dépendante de l'acceptation de ces classements par les professionnels, celle-ci augmentant au fil du temps, surtout parmi les mieux classés<sup>14 40</sup>. Surtout, les travaux récents montrent que la diffusion pouvait avoir un réel impact sur le comportement des professionnels<sup>41-44</sup>. Le travail d'Hibbard et de ses collègues<sup>45</sup> est important car il est le seul à avoir publié une étude prospective qui évalue l'impact de cette diffusion publique sur les efforts d'amélioration de la qualité. Ils évaluent l'attitude des leaders hospitaliers à leur capacité à réagir à la publication de résultats. Trois groupes sont définis : le groupe « avec classement » où les hôpitaux reçoivent les résultats publics, et deux autres groupes définis par randomisation, l'un où seul un rapport interne confidentiel est distribué, et un autre où aucune information n'est adressée. L'étude longitudinale étudie les différences entre les groupes environ neuf mois après réception des données. Les résultats montrent une plus grande activité dans le groupe qui reçoit les données publiques, les établissements étant soucieux de leur image, mais ne croyant pas par contre à des changements induits de volume d'activité. Cette tendance, observable en obstétrique et en cardiologie, est plus marquée chez les moins bien classés. Par exemple, parmi les établissements présentant un taux élevé d'hémorragie du post-partum, 88 % des établissements du groupe « classement » ont entrepris des efforts d'amélioration, contre 27 % pour ceux qui n'ont qu'un rapport confidentiel, et 9 % pour ceux qui ne reçoivent aucun rapport.

Si ces études suggèrent une amélioration de la qualité, elles ne démontrent pas véritablement un lien causal<sup>46</sup>. Ces études se fondent généralement sur des auto-évaluations et sont ainsi sujettes à des biais de réponse tendant à des conclusions optimistes<sup>39</sup>. Par ailleurs, le risque est de déclencher d'autres comportements. En premier lieu, il apparaît que les hôpitaux trop sévèrement sanctionnés jugent négativement ces classements<sup>47</sup> au risque de ne plus y voir d'incitations à l'amélioration. Par ailleurs, les professionnels peuvent être sensibles aux conséquences légales de la diffusion publique de résultats sur la qualité<sup>48</sup>. En l'absence de culture de diffusion de l'information<sup>49</sup>, le classement instaure une crainte du blâme. Des phénomènes de restructuration de l'offre semblent aussi accompagner la diffusion publique de l'information, mais sans que l'on comprenne exactement leur portée.

L'expérience de l'État de New York illustre cette interrogation. Suite à la diffusion publique de l'information sur le taux de mortalité associé à l'opération du potage coronarien (CABG surgery) dans l'État de New York, des chirurgiens pratiquant historiquement peu ce type d'opération<sup>50vii</sup> se sont retirés de cette activité. Le taux de mortalité associé aux chirurgiens pratiquant toujours peu cet acte opératoire s'est rapproché du taux des chirurgiens très actifs. Enfin, une plus grande spécialisation des hôpitaux et des médecins s'est observée. Cette transformation a permis une amélioration du taux de mortalité ajusté au risque supérieur à la moyenne nationale. Cependant cette étude a donné lieu à de nombreuses controverses<sup>15</sup>. Ainsi, la baisse de la mortalité a été aussi justifiée par l'émigration des patients à haut risque vers d'autres États, le refus d'opérer les personnes à risque, des données peu fiables ou des ajustements au risque non pertinents.

---

<sup>vii</sup> Le taux de mortalité ajusté au risque associé à cette catégorie de chirurgien était de 89 % supérieur à celui de chirurgiens très actifs.

Par ailleurs, l'effet de la diffusion publique sur les professionnels est souvent étudié en association avec une autre incitation, le paiement à la qualité ou à la performance. Les effets relatifs semblent difficiles à isoler, faute de recul sur les expériences. Notons l'étude récente de Casalino et al. (2007) <sup>51</sup> qui conclue à un impact plus faible de la diffusion publique comparé à celui de la rémunération à la qualité dans le cas de la médecine interne. L'étude de Lindenauer et al (2007) <sup>52</sup> montre pour sa part un gain marginal modeste de l'association paiement à la performance/diffusion publique comparé à la diffusion publique seule.

## V. Principes d'application au contexte français

### Préambule

Les modalités de recherche utilisées laissent à penser qu'un biais de sélection existe dans la revue des sites internet réalisée, en raison notamment de la langue de publication, de l'indexation (Québec et Allemagne) ou de l'inaccessibilité des sites Internet (les sites finlandais et néo-zélandais, par exemple). S'il existe un penchant à se focaliser sur les sites américains en priorité, c'est qu'ils présentent le plus d'antériorité, et donc permettent le plus d'analyse critique. La littérature est d'ailleurs essentiellement consacrée à ces expériences.

Une conséquence doit en être tirée. Cet effet étant lié à la reconnaissance d'un marché essentiellement concurrentiel comme aux Etats-Unis <sup>43</sup>, on peut s'interroger sur la similarité des objectifs poursuivis dans le contexte d'une régulation plus administrée tel que celui développé en France. Pour minimiser ce biais, nous avons cherché à considérer les expériences autres qu'aux États-Unis, notamment au Royaume-Uni.

Malgré cette réserve, le développement des classements semble un phénomène suffisamment important pour être pris en considération. Dans une perspective d'application au contexte français, l'analyse met en évidence certaines conditions nécessaires à une utilisation efficace de ces classements <sup>53 54</sup>.

#### *Assurer la compréhension par le grand public*

Pour optimiser le bénéfice des effets de la diffusion publique, il apparaît en premier lieu impératif de rendre l'information compréhensible et utilisable par le grand public, comme d'ailleurs par les professionnels. Rendre compréhensible les données est un premier critère largement abordé dans la littérature <sup>15 23 25 26 55</sup>. Dans le prolongement, un autre critère est que le grand public perçoive des différences entre établissements de santé au sein des données diffusées <sup>29</sup>, et reçoive les informations dont il a réellement besoin <sup>56</sup>.

#### Rendre compréhensible les données

Cette compréhension renvoie à des éléments observables dans de nombreux sites tels que l'interactivité, le mode de présentation graphique, les explications sur les indicateurs. Des efforts ont été faits dans ce sens par certains promoteurs. Un focus-group de consommateurs a ainsi été réuni par le Utah Department of Health pour rendre le rapport plus accessible à la population. Une aide précise à l'utilisation du site était présente dans deux cas (le New York State Department of Health et la New York State Health Accountability Foundation). Deux autres sites présentaient un exemple pour faciliter la compréhension des résultats (Blue Cross Blue Shield of Louisiana et Blue Cross Blue Shield of Minnesota).

Pour optimiser cette compréhension des éléments pratiques méritent d'être considérés dès l'accès au site <sup>2</sup>: une information accessible simplement et directement (sur la même page que les résultats ou par l'ouverture d'une petite fenêtre comme un « pop-up ») ; le « sens » de l'indicateur précisé ainsi que le niveau de performance souhaité; une foire aux questions. Le langage utilisé doit aussi être adapté à la cible ce qui suppose un effort de vulgarisation.

Enfin, un langage commun sur les notions de qualité des soins et de performance est aussi recommandé.

La façon de présenter les données est également prépondérante, car l'appropriation par l'utilisateur ou le professionnel est très dépendante de cette présentation<sup>57</sup>.

Comme le résume Daucourt<sup>2</sup>, l'utilisation d'un graphique simple avec un nombre de données minimales (dénominateur, résultat numérique, représentation de la moyenne et du benchmark, par exemple) peut être combinée avec une vue détaillée, plus « statistique », à destination des professionnels (présentant en plus le numérateur, les intervalles de confiance, les données d'ajustement, comme par exemple le site de la Missouri Hospital Association : Focus on Hospitals).

Un score synthétique ou composite semble plus facile à appréhender pour le grand public qu'une série d'indicateurs. Toutefois, un score synthétique pour l'ensemble des résultats d'un établissement requiert de s'assurer que la méthode de calcul soit valide (cf. paragraphe « crédibilité des résultats »).

Peu de sites présentaient des données tendancielle. Si cette information peut apparaître importante à connaître, l'accumulation de chiffres rend son utilisation difficile. Certains sites proposent un signalement simple par un symbole spécifique (amélioration significative, stagnation, détérioration significative).

### Percevoir des différences et Répondre aux attentes du grand public

Percevoir des différences, distinguer les « meilleurs », classer, constituent des leitmotivs dans la littérature américaine<sup>56</sup>. Implicitement, ils témoignent de la volonté de structurer le choix du consommateur. La présentation des objectifs des différents sites consultés ne laissent d'ailleurs pas de doute sur la prédominance de cet objectif, mais notons qu'il n'est pas retrouvé avec la même intensité dans les autres pays, plus tournés en priorité vers l'amélioration de la qualité des soins.

Dans cette perspective, une présentation par classes semble à privilégier, car plus compréhensible par l'utilisateur que des résultats numériques<sup>42 57</sup>. Toutefois, afin de permettre une meilleure discrimination, le nombre de classes doit être suffisant pour éviter que la plupart des établissements se retrouvent au sein de la classe moyenne, et donc que la perception des « meilleurs » soit facilitée<sup>56</sup>.

Si l'objectif est d'aider le public à choisir un établissement, la diffusion à un niveau local ou régional semble aussi une attente de la part du grand public<sup>56</sup>. De même, les établissements ne participant pas au recueil doivent être cités, et distingués de ceux pour lesquels les résultats ne sont pas présentés en raison d'un nombre insuffisant de cas. La plupart des sites présentent pourtant des résultats où se définissent des « outliers », situés au-delà des intervalles de confiance à 95 %, par référence à une donnée nationale. Par exemple, le California Report (1999), relativement à la mortalité cardiaque post-chirurgicale, montre que parmi les 70 établissements étudiés, seulement 5 sont « meilleurs qu'attendus », 59 dans la prévision, et seulement 6 sont « moins bons que ce qui est attendu ». De ce fait, pour un large nombre de patients, le classement apporte peu d'informations car la plupart des établissements sont dans

la « moyenne », avec peu de distinctions proposées. Dans un souci de meilleure discrimination, plusieurs stratégies peuvent être envisagées : (i) relâcher la contrainte des 95 % (par exemple, en utilisant un intervalle à 90 %), (ii) développer un pourcentage fixe d'établissements parmi les meilleurs (le top 10 % par exemple) ; (iii) établir un classement avec des objectifs spécifiques de performance (par exemple, 10 % de mieux que la moyenne). Notons que toutes ces méthodes visant à considérer une meilleure discrimination restent malgré tout subordonnées à la puissance de l'échantillon à établir des différences statistiques significatives (voir paragraphe « crédibilité des résultats »)<sup>56</sup>.

Toujours dans le souci d'une recherche locale, une interactivité du site avec le grand public est aussi souhaitable. Elle doit notamment inclure des possibilités de recherche d'établissements variées : recherche nominative, géographique (clic sur carte, distance du domicile), par spécialité. Elle peut aller jusqu'à la possibilité de faire des commentaires pour les patients. De même, une possibilité doit être offerte aux établissements de santé de faire des commentaires ou d'apporter des précisions concernant leurs résultats (observé sur 14 sites).

### ***Définir les objectifs poursuivis et les thèmes retenus***

Le choix des indicateurs à mesurer est bien évidemment lié à l'objectif souhaité et à la cible du site. Comme le souligne Daucourt<sup>2</sup>, il est paradoxal de voir que parmi les indicateurs les plus utilisés sur les sites ayant pour objectif d'aider le public à choisir un établissement figurent des indicateurs de respect de recommandations sur des pathologies de l'urgence (infarctus du myocarde, pneumopathie). Plusieurs sites américains mettent d'ailleurs en garde leurs visiteurs : en cas de douleur thoracique, il est plus approprié d'appeler le numéro d'urgence 911 que de consulter le site à la recherche du meilleur établissement. La définition des choix qui conduisent à la sélection des indicateurs, leur lien vis-à-vis des objectifs poursuivis, et le sens donné en termes de performance constituent un élément-clé de la clarté du classement<sup>58</sup>. Il en est de même de la capacité à établir un turn-over dans les thèmes retenus afin de ne pas en laisser certains dans l'ombre. D'une manière plus générale, le choix de l'objectif poursuivi apparaît essentiel dans la construction d'un classement.

#### Les objectifs poursuivis

Il existe quatre logiques dans le développement d'un classement : garantir la transparence du système, rendre le consommateur plus éclairé dans son choix, inciter les professionnels à s'améliorer, et révéler l'information pour le régulateur. Sur ce plan, il est important de souligner un point suggéré par l'analyse des sites. Les sites nord-américains privilégient le choix du consommateur « éclairé » comme objectif prioritaire si l'on se fie au décompte de l'affichage des objectifs. Ce choix est très dépendant des caractéristiques concurrentielles du système de soins nord-américain. Dans les sites anglais et danois, l'incitation à l'amélioration des pratiques professionnelles semble par contre prioritaire. Les caractéristiques du système de soins français se prêtent mieux à ce dernier type de lecture. Il en découle que les thèmes et les indicateurs doivent tenir compte de cet objectif d'amélioration.

#### Les thèmes les plus observés

L'analyse des sites montre qu'il existe une large prédominance des indicateurs de respect de bonnes pratiques cliniques, présents dans quasiment tous les sites. Notons que dans les

initiatives extérieures aux États-Unis, les indicateurs de continuité des soins (tenue du dossier du patient), et de délais d'attente sont aussi fréquemment employés.

Les indicateurs de satisfaction sont de plus en plus présents dans les initiatives répertoriées américaines ainsi que dans les initiatives extérieures aux États-Unis, accompagnés d'indicateurs sur les plaintes. La diffusion publique sur la satisfaction du patient est citée comme ayant une influence positive<sup>44 59</sup>. En complément, on peut noter le développement d'indicateurs sur les plaintes. En perspective, l'étude de Geraedts et al (2007)<sup>60</sup> montre que les usagers germaniques souhaiteraient y ajouter des mesures sur les expériences des patients (touchant ainsi des thèmes plus proches de la relation médecin-patient).

Les indicateurs de mortalité sont modérément utilisés (17/46 sites dont 11 organisés par les « régulateurs/payeurs»). Ils sont systématiquement rapportés à des conditions cliniques. On peut y lier une littérature qui s'interroge sur le bien-fondé de ce type de publication. Même si différents travaux montrent une baisse de la mortalité suite aux résultats publiés<sup>66 67</sup>. La controverse reste forte sur la question de la crédibilité attribuable au résultat du fait des modèles d'ajustements utilisés. L'autre aspect débattu est de comprendre si des patients à haut risque ne sont plus hospitalisés à la suite de la publication de tels résultats, phénomène du « cream skimming »<sup>68</sup>. Si de nombreux articles évoquent ce risque, l'étude de Bridgewater<sup>69</sup> ne montre pas d'influence sur les recrutements de patients dans le cas britannique de la publication de taux de mortalité ajustés suite à une chirurgie coronarienne. Enfin, Robinowitz et Dudley<sup>56</sup> montrent un biais d'interprétation lié au nombre de cas observés dans la population, un même taux de mortalité n'ayant pas la même signification selon le volume de patients traités. Pour cette raison, ils ne recommandent pas leur diffusion publique.

Dans le domaine de la sécurité du patient, l'analyse des sites révèle un emploi relativement fréquent mais semble-t-il en diminution d'indicateurs, et selon des modalités très hétérogènes d'un site à l'autre. Malgré une volonté certaine des pouvoirs publics nord-américains de développer ce type d'indicateurs<sup>61</sup>, il est encore difficile d'évaluer le rôle exact d'une diffusion publique sur ce sujet<sup>62</sup>.

Par ailleurs, la mise en œuvre effective de ces indicateurs n'est pas aisée. Deux rapports récents, le projet Compaq<sup>63</sup>, et un rapport de la commission d'expertise des soins en Belgique<sup>64</sup>, montrent les difficultés de développement des indicateurs de sécurité dans une perspective de comparaison inter-établissement lorsque ceux-ci sont fondés sur les données médico-administratives. Du fait de l'imprécision des données codées, il est difficile de comprendre si l'évènement indésirable est iatrogène ou constitue une complication de la maladie, et si la complication est survenue lors de l'hospitalisation ou si elle était présente à l'admission. Un travail préalable important doit être réalisé pour assurer un emploi de ce type d'indicateurs en routine.

Rappelons enfin que si la diffusion d'information peut renforcer la relation de confiance entretenue par le patient, c'est la relation individuelle médecin-patient et son entourage qui prédomine en cas de survenue d'erreur médicale. Les classements donnent une confiance en priorité envers le système de soins, à distinguer d'une confiance vis-à-vis du professionnel<sup>65</sup>.

Les indicateurs de volume, de gestion de ressources humaines, de durée moyenne de séjour complètent les dimensions abordées. Leur fréquence relativement faible relativement aux

autres types d'indicateurs confirme l'hypothèse que ces classements sont principalement tournés vers la qualité et la sécurité des soins.

### L'établissement plus que le médecin

Enfin, quel que soit le thème retenu, la quasi-totalité des initiatives des pouvoirs publics se situe, et se maintiennent dans le temps, à l'échelon de l'établissement, et non des praticiens. Seules, les initiatives commerciales produisent des données à l'échelon individuel. Des questions de faisabilité du recueil de données, et de risque de conséquences juridiques négatives sont mentionnées comme difficultés à l'utilisation de classements à cet échelon<sup>48 70</sup>.

### *Garantir la crédibilité des résultats*

La pertinence du résultat renvoie à la crédibilité que l'on peut donner aux informations issues de ces classements. De nombreuses controverses ont accompagné les publications de classement ces dix dernières années. Elles jouent sur une série de questionnements statistiques. Il serait caricatural de critiquer d'une part les méthodes employées par les médias et d'autre part d'affirmer la robustesse des démarches engagées par les structures publiques. Le tableau est plus nuancé. Les palmarès s'intéressent généralement uniquement aux « meilleurs » alors que le classement concerne l'ensemble des établissements. Sans doute que la critique la plus légitime envers les méthodes employées dans les palmarès touche à leur volonté de classer du premier au dernier les établissements retenus. Si l'on comprend que cette forme de présentation est facile à lire et peut avoir un côté plus spectaculaire que des rangements par groupes d'établissements, il existe une faible garantie d'observer une différence statistiquement significative entre le 1er et le 25<sup>ème</sup> de ces palmarès (surtout lorsque les résultats sont proches et les tailles d'échantillon faibles). Cependant, certaines critiques n'épargnent aucune initiative.

### L'ajustement

Le bilan des expériences montre un usage régulier des méthodes d'ajustement sur les indicateurs de mortalité et de complications. Mais l'emploi fréquent de ces méthodes n'est pas synonyme de caution scientifique. Un célèbre article<sup>71</sup> a ainsi montré l'injustice qui frappait l'hôpital de Bristol dans le classement britannique des « League Tables », injustice liée au manque d'ajustement des résultats aux caractéristiques des patients de cet établissement.

L'expérience de diffusion publique dans l'État de New York de résultats sur la mortalité en chirurgie cardiaque est aussi à cet égard exemplaire. Elle a montré que malgré toutes les précautions statistiques d'ajustement sur les caractéristiques des patients (âge, état de gravité, etc.), un taux de mortalité bas ne reflétait pas forcément un bon niveau de qualité des soins, et donc biaisait la comparaison<sup>72</sup>. La complexité statistique à laquelle toute initiative du genre est confrontée est importante, et le débat ne semble pas éteint (cf. « thèmes retenus », le paragraphe sur les indicateurs de mortalité). La journée organisée par l'International society for Quality in Health care à Copenhague en octobre dernier a par exemple fait émerger un scepticisme envers les méthodes d'ajustement actuels, conduisant par exemple le directeur de la JCAHO à plaider en faveur de l'utilisation des indicateurs de processus qui ne requièrent pas d'ajustement<sup>73</sup>.



### Le nombre minimal de données

Un autre aspect touche au nombre minimal de données nécessaires à l'expression de différences significatives. L'analyse des sites internet rapporte que la majorité des initiatives tourne sur un nombre de données recueillies assez faible, notamment lorsque le recueil s'établit par échantillonnage (le nombre de 30 cas apparaît cité dans de nombreux sites). Il existe sur ce plan un équilibre à trouver entre la recherche d'une puissance statistique suffisante et la faisabilité du recueil, ce dernier étant largement conditionné par la capacité des systèmes d'information à générer les informations automatiquement<sup>74</sup>. Dans de nombreux cas, tels les indicateurs de respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques, le schéma de recueil observé est celui d'un recueil exhaustif lorsque le dossier est informatisé ou d'un tirage au sort d'un échantillon de dossiers de patient relativement faible.

La question de la taille d'échantillon est aussi importante pour les modes de classement qui établissent des hypothèses de différence statistique. Notamment dans le cas de la comparaison de taux de mortalité, un large débat montre la difficulté à garantir le nombre de cas nécessaire pour garantir cette différence. De plus, les petits établissements (en terme de volume d'activité) peuvent être sujets à des erreurs de type II, c'est-à-dire être incapables de prouver une différence par rapport à la moyenne générale observée du fait d'un nombre limité de patients potentiellement concernés<sup>56</sup>. Le classement par catégorie d'établissements semble en partie résoudre ces questions, mais sans établir de différence statistiquement significative entre deux établissements.

### La fiabilité des données produites

Cette crédibilité concerne également la fiabilité de l'information produite. En d'autres termes, quels sont les moyens de s'assurer que les données recueillies soient exactes ? Ce phénomène est connu sous le nom de « gaming » qui peut se traduire comme la « *transmission de données volontairement inexacte afin de manipuler le système pour en tirer profit* »<sup>75</sup>. Ce sujet a donné lieu à peu de recherche, même si de nombreux sites rapportent l'existence d'une démarche de contrôle de qualité. En marge, le choix du mode de recueil de données joue également sur cette fiabilité, une variabilité importante pouvant s'observer entre les données administratives et les données issues du dossier du patient<sup>76 77</sup>.

### Autres questions

Enfin, d'autres questions de nature statistique influent sur la crédibilité des résultats et font l'objet d'importantes questions de recherches. Citons :

- La qualité métrologique de l'indicateur sur le plan de sa validité et de sa reproductibilité pouvant conduire pour reprendre le titre d'un article à des indicateurs « bons, mauvais, ou monstrueux »<sup>58</sup> ;
- Les méthodes d'agrégation et de pondération retenues lorsque plusieurs indicateurs sont considérés dans un score composite. Deux niveaux sont observables : (i) les sites, généralement commerciaux, qui agrègent l'ensemble des résultats en un score synthétique de l'établissement, et (ii) les sites où les indicateurs d'un même thème sont agrégés. La méthode de la moyenne pondérée est la plus utilisée, mais la méthode du « all or none » (établir un seuil de performance à atteindre pour chacun des

indicateurs, le « all » considérant les établissements qui vérifient l'ensemble de ces seuils) est aussi citée plus récemment. L'emploi de ces méthodes, mal-maîtrisé, peut conduire à des mauvaises interprétations en terme de performance <sup>78</sup>,

- Le recours à des analyses tendanciennes pour confirmer un véritable changement de niveau de performance relativement à des évolutions naturelles <sup>79</sup>,
- La méthode de classement elle-même, l'introduction de la notion d'incertitude (les intervalles de confiance) étant la contrepartie requise à l'utilisation d'échantillons de petite taille <sup>58</sup>.

### Transparence et Indépendance dans la production des résultats

Face à ces différents questionnements, la transparence dans la production de l'information rendue publique et la garantie du recours à une structure indépendante constituent les meilleurs gages de crédibilité auprès du grand public <sup>80</sup>. Ceci concerne aussi bien l'étape d'élaboration des indicateurs (programme national institutionnel), que l'étape de recueil des données nécessaires à la mesure (contrôle des données mentionné et réalisé par un organisme indépendant), ou celle de traitement des données (description des méthodes d'analyse par un organisme indépendant). L'implication de représentants d'utilisateurs est également citée comme un moyen d'augmenter cette indépendance <sup>81 82</sup>.

Différentes démarches au sein du site peuvent également améliorer cette crédibilité : le téléchargement possible par le visiteur de l'ensemble de la base de données (observé sur quatre sites) ; la définition claire des modèles statistiques utilisés lorsqu'il s'agit de résultats <sup>83</sup> ; définition claire de l'échantillon utilisé ; cohérence clinique des variables intégrées dans le modèle ; données fiables et délivrées en temps réel ; définition d'un point de départ avant d'envisager la mesure ; définition d'un résultat approprié et d'une période standardisée d'évaluation de l'impact ; application d'une approche analytique qui prend en compte une organisation en multi-niveau des données ; diffusion des méthodes utilisées sur le site incluant les méthodes d'ajustement.

Notons aussi que les réserves sur l'interprétation des indicateurs constituent pour les concepteurs des classements une préoccupation. Si plusieurs sites attiraient l'attention sur les limites possibles des indicateurs présentés, un seul site (le Texas Business Group on Health) affichait un avertissement demandant au visiteur de confirmer par un clic qu'il avait lu et compris les limites des informations diffusées. Cette précaution peut apparaître intéressante à la lumière des critiques existantes et des dérives possibles <sup>84</sup>.

### ***Assurer une économie dans les modes de recueil***

Un autre point-clé concerne la faisabilité des recueils de données demandés.

Les recueils nécessaires aux mesures qui fondent les classements sont coûteux. Ils réclament des infrastructures informationnelles, fondées sur une informatisation des données et qui soient appropriées aux mesures retenues <sup>85</sup>. Dans un contexte où, jusqu'à récemment, les systèmes hospitaliers d'information ont été principalement pensés dans un souci d'analyse financière, le développement de bases de données *ad hoc* apparaît souvent comme une condition préalable <sup>86</sup>. À et égard, il est important de considérer les différences de développement entre les pays avant d'engager des transferts de méthode. Par exemple, les

analyses trimestrielles proposées dans de nombreux sites américains s'appuient sur des systèmes d'information hospitaliers sophistiqués qui ont peu d'équivalent en France. De même, les analyses prospectives sont plus facilement envisageables sur des recueils exhaustifs que sur des sondages engagés sur des périodes courtes (sources de biais de comportement de la part des professionnels).

Outre le développement de l'infrastructure informationnelle, des stratégies contribuant à une économie dans le mode de recueil sont observables.

Dans certaines initiatives, le recueil et le classement qui s'ensuit, se fondent exclusivement sur les données existantes, mais au risque d'approximations sur les objectifs de performance poursuivis. Par exemple, si au nom de la qualité sont traitées des données d'activité comme la présence de tel ou tel équipement ou la durée moyenne de séjour, les hypothèses sont alors fragiles. Par exemple : « plus la durée de séjour est basse, meilleure est la qualité » (en l'occurrence, quelle garantie peut-on avoir que la sortie n'est pas trop précoce ?).

D'une manière plus ingénieuse, certaines initiatives cherchent à exploiter les données médico-administratives existantes dans l'objectif de générer des indicateurs sur la qualité, comme par exemple l'Agency for Health Care Research on Quality avec les données similaires au PMSI. La difficulté est de garantir la capacité à extraire les données pertinentes et fiables, point évoqué dans le cas des mesures relatives à la sécurité des soins, et mentionné également dans d'autres domaines <sup>87</sup>.

De même, la nécessité de produire des formats identiques dans les recueils demandés par les différents programmes de diffusion publique est soulignée <sup>85</sup>, ce qui plaide pour une structuration des marchés de logiciels de données.

Enfin, lorsque le recours au dossier du patient ou à des recueils *ad hoc* est nécessaire, des stratégies peuvent s'envisager pour minimiser le temps consommé par les professionnels. Outre l'informatisation du dossier médical, des formations à ces nouvelles formes de recueil de données peuvent diminuer le coût-bénéfice des programmes de diffusion publique <sup>88</sup>, ainsi que la définition de leaders dans le mode de recueil des données <sup>89</sup>. Des regroupements des recueils requis pour chaque indicateur peuvent aussi se concevoir <sup>90</sup>.

### ***Accompagner les professionnels dans leurs efforts d'amélioration***

L'un des objectifs de la diffusion publique est d'inciter les professionnels à plus d'efforts d'amélioration de la qualité, et par voie de conséquence une amélioration des résultats. La partie « impact de la diffusion publique » décrit les résultats plutôt positifs dans ce domaine.

Pour optimiser l'efficacité de cet objectif, il s'agit de considérer le lien entre la publication des résultats et les démarches d'amélioration internes de la qualité. Ce lien n'apparaît pas si naturel, de nombreux freins étant évoqués : manque de ressources dédiées, difficulté à établir des priorités, manque d'adaptation des systèmes d'information, difficulté à traduire les résultats des mesures en actions d'amélioration <sup>44 91</sup>. Etablir ce lien suppose donc de considérer : le temps entre la mesure produite et les données collectées, l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers <sup>85</sup>, ainsi que les dispositifs d'accompagnement permettant l'analyse des résultats à des fins d'amélioration <sup>39 92</sup>.

Dans cette perspective, deux autres aspects sont évoqués : (i) la construction d'un indicateur de type « all or none » (vérifier tous les seuils de performance de la batterie d'indicateurs relative à un même sujet) peut constituer une incitation supplémentaire <sup>93</sup>, même si certains soulignent des exceptions à cette règle (la prescription dans les 6 heures suivant le diagnostic de pneumopathie acquise où des seuils spécifiques présentent l'avantage d'éviter les risques d'une optimisation aveugle) <sup>81</sup> ; (ii) la cohérence des démarches institutionnelles, et donc des recueils à engager, et des objectifs à atteindre est considérée comme un élément-clé aux yeux des professionnels pour optimiser leur démarche d'amélioration <sup>85</sup>.

### *Évaluer l'impact de la diffusion publique*

La revue de littérature montre un impact sur le comportement des professionnels associé à un faible impact sur le choix du patient de son établissement de santé. Par ailleurs, on l'a vu, des effets non souhaités existent (détourner l'attention des professionnels des thèmes qui ne sont pas mesurés ; optimiser les résultats artificiellement, sélectionner des patients). Ces conclusions restent fragiles, tant le recul dans les expériences est faible.

En dynamique, de nombreux auteurs s'accordent à dire que l'importance de la diffusion publique va s'accroître. Dans ces conditions, certains font l'hypothèse que les patients vont de plus en plus utiliser ces données dans leurs choix de recours à un établissement de santé <sup>14</sup>.

Dans ce contexte, Marshall et al. <sup>94</sup> propose que la diffusion publique soit évaluée comme une nouvelle technologie médicale qui présente des risques et des bénéfices. Par analogie, des études d'impact devraient être développées avec une définition du changement qui ne soit pas uniquement jugé sur un effet immédiat, et une clarté des bénéfices et des coûts des différentes stratégies employées. Dans ce cadre, l'évaluation du lien sur l'amélioration des résultats de santé reste un élément primordial <sup>81</sup>. Par ailleurs, il faut noter que les stratégies de diffusion publique sont souvent couplées avec celles de rémunération à la performance, supposant que les évaluations soient couplées, et certainement replacées dans des analyses tendanciennes plus larges tenant compte de l'évolution naturelle de l'amélioration de la qualité des soins. Enfin, la compréhension des informations diffusées représentant un critère essentiel, l'évaluation de différentes formes graphiques de présentation mériterait d'être considérée en tant que tel <sup>95</sup>.

## Bibliographie

1. Haury B, PLombardo. « Platines » un site d'information sur les établissements de santé en France. *Etudes et résultats janvier 2007*, n° 550: DREES, 2007
2. Daucourt V. Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet, 2006.
3. Fermon B, Levy P. La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé Etude bibliographique, 2005.
4. Schilte A, Minvielle E. Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité de soins : L'exemple d'ICALIN: COMPAQH, 2007.
5. Delmarva Foundation and the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Final Report - The State-of-the-Art of Online Hospital Public Reporting: A Review of Forty-Seven Websites, 2004.
6. Delmarva Foundation and the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Final Report - The State-of-the-Art of Online Hospital Public Reporting: A Review of Fifty-One Websites, 2005.
7. IPRO. Review of Hospital Quality Reports for healthcare consumers, purchasers and providers, 2003
8. Schilte A, Minvielle E. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. In: Dumez H, editor. *Rendre des comptes : une nouvelle exigence sociétale*. Dalloz-Sirey ed, 2008:64-83.
9. Kaplan R, Norton D. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press, 1996.
10. Lorino P. Méthodes et pratiques de la performance: Ed. d'organisation, 3eme ed, 2003.
11. Nicholl J. Case-mix adjustment : the constant risk-fallacy. *Pré-conference indicator summit, 24th International society for quality in health care*. Copenhague, 2008.
12. Corrigan J, Donaldson M, Kohn Le. *Crossing the Quality Chasm : A new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy, 2001.
13. Marshall MN, Shekelle PG, Davies HT, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Aff (Millwood)* 2003;22(3):134-48.
14. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283(14):1866-74.
15. Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005;293(10):1239-44.

16. Sage W. Regulating through information: disclosure laws and American health care. *Columbia Law Review* 1999;99(7):1701-1829.
17. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Affairs* 1997;16(3):218-228.
18. Slovic P. Toward Understanding and Improving Decisions. *Information Processing and Decision Making* 1982.
19. Isaacs SL. Consumer's information needs: results of a national survey. *Health Affairs* 1996;15(4):31-41.
20. Peters RG, Covello VT, McCallum DB. The Determinants of Trust and Credibility in Environmental Risk Communication: An Empirical Study. *Risk Analysis* 1997;17(1):43-54.
21. Porter ME, Teisberg EO. Redefining Competition in Health Care. *HARVARD BUSINESS REVIEW* 2004:64-77.
22. Mukamel DB, Mushlin AI. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27(1):20-7.
23. Dafny L, Dravnove D. *Do report cards tell consumers anything they don't already know? The case of Medicare HMO's*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2005.
24. Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. *JAMA* 1998;279(20):1638-42.
25. Jin GZ, Sorensen AT. Information and consumer choice: the value of publicized health plan ratings. *J Health Econ* 2006;25(2):248-75.
26. Schaffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001;22:69-89.
27. Romano P, Zhou H. Do well-publicized risk-adjusted outcomes reports affect hospital volume. *Med Care* 2004;42(4):367-77.
28. Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 2003;24:413-33.
29. Davies HT, Washington AE, Bindman AB. Health care report cards: implications for vulnerable patient groups and the organizations providing them care. *J Health Polit Policy Law* 2002;27(3):379-99.
30. Hibbard JH, Slovic P, Jewett JJ. Informing Consumer Decisions in Health Care: Implications from Decision-Making Research. *The Milbank Quarterly* 1997;75(3):395-414.

31. Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. *N Engl J Med* 1996;335(4):251-6.
32. Hibbard J, Stockard J, Tusler M. The long term effect of public performance reporting on hospital quality improvement, market share, and reputation: Evidence from a controlled experiment. *Health Affairs* 2005;24(4):1150-1160.
33. Howard DH, Kaplan B. Do report cards influence hospital choice? The case of kidney transplantation. *Inquiry* 2006;43(2):150-9.
34. National audit office. Inpatient and outpatient waiting in the NHS. Report by the Controller and Auditor General. Londres: HC 221, 2001.
35. Burack JH, Impellizzeri P, Homel P, Cunningham JN, Jr. Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. *Ann Thorac Surg* 1999;68(4):1195-200; discussion 1201-2.
36. Dalzell MD. Health care report cards: are you paying attention? *Manag Care* 1999;8(2):27-8, 30-2, 34.
37. Legnini MW, Rosenberg LE, Perry MJ, Robertson NJ. Where does performance measurement go from here? *Health Aff (Millwood)* 2000;19(3):173-7.
38. Kurtzman ET, Jennings BM. Trends in transparency: nursing performance measurement and reporting. *J Nurs Adm* 2008;38(7-8):349-54.
39. Mukamel DB, Weimer DL, Spector WD, Ladd H, Zinn JS. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health Serv Res* 2008;43(4):1244-62.
40. Mukamel DB, Mushlin AI. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:20-7.
41. Brown AD, Bhimani H, MacLeod H. Making performance reports work. *Healthc Pap* 2005;6:8-22.
42. 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;37:291-313.
43. Longo DR, Land G, Schramm W, Fraas J, Hoskins B, Howell V. Consumer reports in health care. Do they make a difference in patient care? *JAMA* 1997;278(19):1579-84.
44. Barr JK, Giannotti TE, Sofaer S, Duquette CE, Waters WJ, Petrillo MK. Using public reports of patient satisfaction for hospital quality improvement. *Health Serv Res* 2006;41(3 Pt 1):663-82.

45. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. It isn't just about choice: the potential of a public performance report to affect the public image of hospitals. *Med Care Res Rev* 2005;62(3):358-71.
46. Jha AK, Li Z, Orav EJ, Epstein AM. Care in U.S. hospitals--the Hospital Quality Alliance program. *N Engl J Med* 2005;353(3):265-74.
47. Marshall M, Shekelle P, Brook R, Leatherman S. Public reporting of performance: lessons from the USA. *J Health Serv Res Policy* 2000;5(1):1-2.
48. Kesselheim AS, Ferris TG, Studdert DM. Will physician-level measures of clinical performance be used in medical malpractice litigation? *JAMA* 2006;295(15):1831-4.
49. Collopy BT. Public disclosure of health care performance reports: what do we lose in giving information? *Int J Qual Health Care* 1999;11(2):99-101.
50. Hannan EL, Siu AL, Kumar D, Kilburn H, Jr., Chassin MR. The decline in coronary artery bypass graft surgery mortality in New York State. The role of surgeon volume. *JAMA* 1995;273(3):209-13.
51. Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(2):492-9.
52. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356(5):486-96.
53. Hibbard JH. Being strategic with public reports. *Int J Qual Health Care* 2001;13:353-5.
54. Shaller D, Sofaer S, Findlay SD, Hibbard JH, Lansky D, Delbanco S. Consumers and quality-driven health care: a call to action. *Health Aff (Millwood)* 2003;22:95-101.
55. 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.
56. Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006;27:517-36.
57. Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making health care quality reports easier to use. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27:591-604.
58. Bird S, Cox D, Farewell V, Goldstein H, Holt T, Smith P. Performance indicators: good, bad, and ugly. *J.R.Statist. Soc. A.* 2005;168(1):1-27.
59. Turi ZG. The big chill: the deleterious effects of public reporting on access to health care for the sickest patients. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(11):1766-8.
60. Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. *BMC Health Serv Res* 2007;7:157.



61. McKibben L, Fowler G, Horan T, Brennan PJ. Ensuring rational public reporting systems for health care-associated infections: systematic literature review and evaluation recommendations. *Am J Infect Control* 2006;34(3):142-9.
62. Wong ES, Rupp ME, Mermel L, Perl TM, Bradley S, Ramsey KM, et al. Public disclosure of healthcare-associated infections: the role of the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2005;26(2):210-2.
63. COMPAQH. Les indicateurs de sécurité des soins: revue de la littérature: COMPAQH, 2008.
64. Gillet P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, Van den heede K, et al. Détection des évènements indésirables dans les bases de données médico-administratives: Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Rapport 93B. Nov 2008., 2008.
65. Lee YY, Lin JL. Linking patients' trust in physicians to health outcomes. *Br J Hosp Med (Lond)* 2008;69(1):42-6.
66. Carey JS, Danielsen B, Junod FL, Rossiter SJ, Stabile BE. The California Cardiac Surgery and Intervention Project: evolution of a public reporting program. *Am Surg* 2006;72(10):978-83.
67. Hollenbeak CS, Gorton CP, Tabak YP, Jones JL, Milstein A, Johannes RS. Reductions in mortality associated with intensive public reporting of hospital outcomes. *Am J Med Qual* 2008;23(4):279-86.
68. Gormley W, Weimer D. Organizational report cards. Cambridge, MA: Harvard 1999.
69. Bridgewater B, Grayson AD, Brooks N, Grotte G, Fabri BM, Au J, et al. Has the publication of cardiac surgery outcome data been associated with changes in practice in northwest England: an analysis of 25,730 patients undergoing CABG surgery under 30 surgeons over eight years. *Heart* 2007;93(6):744-8.
70. Landon BE, Rosenthal MB, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Quality monitoring and management in commercial health plans. *Am J Manag Care* 2008;14(6):377-86.
71. Aylin P, Alves B, Best N, Cook A, Elliott P, Evans SJ, et al. Comparison of UK paediatric cardiac surgical performance by analysis of routinely collected data 1984-96: was Bristol an outlier? *Lancet* 2001;358(9277):181-7.
72. Hofer TP, Hayward RA. Identifying poor-quality hospitals. Can hospital mortality rates detect quality problems for medical diagnoses? *Med Care* 1996;34(8):737-53.
73. Loeb J. Bringing accreditation & measures together to complement each other. *ISQua*. Copenhagen, 2008.
74. McGlynn EA, Cassel CK, Leatherman ST, DeCristofaro A, Smits HL. Establishing national goals for quality improvement. *Med Care* 2003;41(1 Suppl):I16-29.

75. Morreim EH. Gaming the system. Dodging the rules, ruling the dodgers. *Arch Intern Med* 1991;151(3):443-7.
76. Jollis JG, Ancukiewicz M, DeLong ER, Pryor DB, Muhlbaier LH, Mark DB. Discordance of databases designed for claims payment versus clinical information systems. Implications for outcomes research. *Ann Intern Med* 1993;119(8):844-50.
77. Birman-Deych E, Waterman AD, Yan Y, Nilasena DS, Radford MJ, Gage BF. Accuracy of ICD-9-CM codes for identifying cardiovascular and stroke risk factors. *Med Care* 2005;43(5):480-5.
78. Public services : Are composite Measures a Robust Reflection of Performance ion the Public Sector. Research paper. : Cente for Helath Economics, University of York, June 2006, 50 p, 2006.
79. Goldstein H, Spiegelhalter D. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance (with discussion). *J.R.Statist. Soc.* 1996;159:385-443.
80. Longo DR, Everet KD. Health care consumer reports: an evaluation of consumer perspectives. *J Health Care Finance* 2003;30:65-71.
81. Wachter RM, Flanders SA, Fee C, Pronovost PJ. Public reporting of antibiotic timing in patients with pneumonia: lessons from a flawed performance measure. *Ann Intern Med* 2008;149(1):29-32.
82. Gagliardi A, Lemieux-Charles L, Brown A, Sullivan T, Goel V. Stakeholder preferences for cancer care performance indicators. *Int J Health Care Qual Assur* 2008;21(2):175-89.
83. Krumholz HM, Brindis RG, Brush JE, Cohen DJ, Epstein AJ, Furie K, et al. Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: an American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2006;113(3):456-62.
84. Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *Jama* 2005;293:1239-44.
85. Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS. The impact of quality-reporting programs on hospital operations. *Health Aff (Millwood)* 2006;25(5):1412-22.
86. Epstein MH, Kurtzig BS. Statewide health information: a tool for improving hospital accountability. *Jt Comm J Qual Improv* 1994;20(7):370-5.
87. Bahl V, Thompson MA, Kau TY, Hu HM, Campbell DA, Jr. Do the AHRQ patient safety indicators flag conditions that are present at the time of hospital admission? *Med Care* 2008;46(5):516-22.

88. Goldman LE, Henderson S, Dohan DP, Talavera JA, Dudley RA. Public reporting and pay-for-performance: safety-net hospital executives' concerns and policy suggestions. *Inquiry* 2007;44(2):137-45.
89. Rangachari P. The strategic management of organizational knowledge exchange related to hospital quality measurement and reporting. *Qual Manag Health Care* 2008;17(3):252-69.
90. Corriol C, Daucourt V, Grenier C, Minvielle E. How to limit the burden of data collection for Quality Indicators based on medical records? The COMPAQH experience. *BMC Health Serv Res* 2008;8:215.
91. Chiu WT, Yang CM, Lin HW, Chu TB. Development and implementation of a nationwide health care quality indicator system in Taiwan. *Int J Qual Health Care* 2007;19(1):21-8.
92. Zinn JS, Spector WD, Weimer DL, Mukamel DB. Strategic orientation and nursing home response to public reporting of quality measures: an application of the miles and snow typology. *Health Serv Res* 2008;43(2):598-615.
93. Nolan T, Berwick DM. All-or-none measurement raises the bar on performance. *JAMA* 2006;295(10):1168-70.
94. Finlayson SR, Birkmeyer JD, Tosteson AN, Nease RF, Jr. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. *Med Care* 1999;37(2):204-9.
95. Gerteis M, Gerteis JS, Newman D, Koepke C. Testing consumers' comprehension of quality measures using alternative reporting formats. *Health Care Financ Rev* 2007;28(3):31-45.

## **Annexe 1 - Liste des sites Internet publiant des informations contre abonnement (exclus)**

Consumers CHECKBOOK : Guide to Hospitals

<http://www.checkbook.org/default.cfm>

Accès gratuit pour les abonnés du journal Consumers CHECKBOOK, ou abonnement annuel de \$19,95

Employer Health Care Alliance Cooperative : QualityCounts™ Report

<http://www.qualitycounts.org/>

Accès réservé aux membres de The Alliance

Excellus Blue Cross/Blue Shield : Click and Compare Care

[https://www.excellusbcb.com/members/find\\_a\\_doctor\\_or\\_hospital/compare\\_hospital\\_quality.shtml](https://www.excellusbcb.com/members/find_a_doctor_or_hospital/compare_hospital_quality.shtml)

Accès réservé aux membres de l'Excellus Blue Cross/Blue Shield

HealthDataInsights : MyHealthCompass

<http://www.myhealthcompass.com/>

Accès possible contre souscription (montant non précisé)

Hospital Report Research Collaborative : e-scorecard

<http://escorecard.uwaterloo.ca/>

Accès réservé aux établissements de santé participants

Kansas Hospital Association : Quality Health Indicators

<https://www.qualityhealthindicators.org/>

Accès réservé aux établissements de santé participants

Maryland Hospital Association : Quality Indicator Project

<http://www.qiproject.org/>

Accès réservé aux établissements de santé participants

Quality Health New Zealand : Clinical Indicator Service

Site Internet : <http://www.qualityhealth.org.nz/show.asp?Pageid=14>

Accès réservé aux établissements de santé participants

Solucient 100 Top Hospitals

<http://www.100tophospitals.com/>

Rapport accessible contre souscription de \$125

STAKES : Hospital Benchmarking project in Finland

Site Internet : <http://info.stakes.fi/benchmarking/EN/benchmarking.htm>

Accès réservé aux établissements de santé participants

Subimo, LLC : My Healthcare Advisor

<http://www.myhealthcareadvisor.com/>

Abonnement annuel de \$24

WebMD Quality Services : Select Quality Care® Consumer

<http://www.selectqualitycare.com/SQC/consumer/>

Rapport accessible contre souscription (montant non précisé)

## **Annexe 2 - Liste des sites Internet publiant des informations comparatives sur la performance, la qualité des soins ou la satisfaction des patients (inclus)**

AARP The Magazine - [50 Top Hospitals Chart](#)  
Blue Cross Blue Shield of Louisiana - [Healthcare Facts](#)  
Blue Cross Blue Shield of Minnesota - [Healthcare Facts](#)  
California Health Care Foundation - [What patients think of California Hospitals](#)  
California OSHPD - [California CABG outcomes reporting program](#)  
California OSHPD - [California Hospital Outcomes Program](#)  
Center for Medical Consumers - [More is better](#)  
Centers for Medicare and Medicaid Services - [Hospital compare](#)  
Centers for Medicare and Medicaid Services-Premier - [Hospital Quality Incentive](#)  
Colorado Health and Hospital Association - [Colorado Hospital Quality Report](#)  
Connecticut Department of Public Health - [Hospitals Performance Comparisons](#)  
Connecticut Hospital Association - [Hospital Performance Reporting](#)  
Dr Foster - [Good Hospital Guide](#)  
Employers Health Coalition of Ohio - [Consumer Guide to Hospital Quality](#)  
Florida Agency for Health Care Administration - [Florida Compare Care](#)  
Greater Detroit Area Health Council - [Save Lives, Save Dollars](#)  
Health Grades Inc - [Hospital Ratings 2006](#)  
Health Insight - [National Rankings for Hospitals](#)  
Healthcare Commission - [2005 performance ratings](#)  
Iowa Healthcare collaborative - [Quality, Patient Safety and Value](#)  
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - [Quality check](#)  
Maine Health Management Coalition - [Maine Hospital Ratings](#)  
Maryland Health Care Commission - [Maryland Hospital Performance Evaluation Guide](#)  
Massachusetts DHCFP - [Health Care Quality and Cost Information](#)  
Michigan Health & Hospital Association - [Michigan Hospital Profiles Project](#)  
Missouri Hospital Association - [Focus on Hospitals](#)  
National Health Service - [Star ratings](#)  
New Jersey Department of Health - [Guide to New Jersey Hospitals](#)  
New Mexico Health Policy Commission - [Hospital Comparison Guide](#)  
New York State Department of Health - [New York State Hospital Profile](#)  
New York State Health Accountability Foundation - [Health Care Report Card](#)  
Niagara Health Quality Coalition - [New York State Hospital Report Card](#)  
Office for Oregon Health Policy and Research - [Oregon Hospital Quality Indicators](#)  
Ontario Hospital Association - [Hospital Report Acute Care](#)  
Orange County Register - [Orange County Hospital Report Cards](#)  
Pennsylvania Health Care Cost Containment Council - [Hospital Performance Report](#)  
Pennsylvania Health Care Cost Containment Council - [Pennsylvania Guide to CABG](#)  
Pennsylvania Health Care Cost Containment Council - [Pennsylvania Total Hip and Knee Replacements](#)  
Rhode Island Department of Health - [Hospital Performance in Rhode Island](#)  
Texas Business Group on Health - [Texas Hospital Checkup](#)  
Texas Health Care Information Council - [Reports on Hospital Performance](#)  
The Leapfrog Group - [Leapfrog's ratings of hospital quality](#)

U.S. News & World Report - [Best Hospitals 2006](#)  
Utah Department of Health - [Utah Hospital Comparison](#)  
Vermont Department of BISHCA - [Comparison of hospital reports cards](#)  
Virginia Health Information - [Acute Care Hospitals in Virginia](#)  
WHA Information Center - [Wisconsin Inpatient Hospital Quality Indicators Report](#)  
Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality - [Performance & Progress Report](#)  
Wisconsin Hospital Association - [Wisconsin Check Point](#)

### Annexe 3 – Bibliographie non référencée

Case study: stroke survival at Falkirk royal infirmary. Available at: <http://www.show.scot.nhs.uk/indicators/Work/FalkirkFinal.pdf>. Accessed Nov 13, 2005.

NCQA highlights benefits of quality measurement. *Healthcare Benchmarks Qual Improv.* 2006;13(12):142-143.

Insurers using publicly reported quality data. *Hosp Peer Rev.* 2006;31(10):143-145.

Medicare final rule calls for increased reporting of quality data. *Hosp Peer Rev.* 2006;31(10):133-136.

Make the most of publicly reported quality data. *Hosp Peer Rev.* 2006;31(9):121-122.

Louisiana hospitals post price, quality data online. *Healthcare Benchmarks Qual Improv.* 2006;13(7):81-82.

Hospitals must bare it all under new price transparency initiatives. *Med Health.* 2006;60(13):1, 4.

Redesigned ORYX Performance Measure Reports updated four times a year. *Jt Comm Perspect.* 2006;26(3):9-12.

Do demonstration project's numbers really validate P4P? Observers say other factors play role in improvement. *Healthcare Benchmarks Qual Improv.* 2006;13(2):13-16.

Physician quality reporting initiative tool kit--six steps to success. *Optometry.* 2007;78(10):557-559.

CMS launches voluntary Medicare pay-for-reporting program. *MGMA Connex.* 2007;7(6):16-18.

Hospitals choose to share survey results, the good and the bad, with the public. *Hosp Peer Rev.* 2007;32(7):89-92.

Your hospital's medical errors may soon become public knowledge. *Hosp Peer Rev.* 2007;32(6):73-76.

More core measure data for 2008: don't neglect your internally defined priorities. *Hosp Peer Rev.* 2007;32(4):37-40.

How does your hospital really measure up? *Hosp Peer Rev.* 2007;32(1):4-6.

National Quality Forum issue brief: strengthening pediatric quality measurement and reporting. *J Healthc Qual.* 2008;30(3):51-55.

Agency for Healthcare Research and Quality, Dudley RA, Frolich A, Robinowitz D, Talavera J, Broadhead P. *Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence.* Rockville (MD): AHRQ; 2004.

Agency for Healthcare Research and Quality, Shojania K, McDonald K, Wachter R, Owens D, Markowitz A. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies. Volume 3: Hypertension care.* Rockville (MD): AHRQ; 2005.

- Anderson DJ, Chen LF, Sexton DJ, Kaye KS. Complex surgical site infections and the devilish details of risk adjustment: important implications for public reporting. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(10):941-946.
- Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, Hayward RA, Shekelle P, Rubenstein L, Keesey J, Adams J, Kerr EA. Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national sample. *Ann Intern Med.* 2004;141(12):938-945.
- Aviles A. Transparency in practice. Why we chose to give public all of our quality data. *Mod Healthc.* 2007;37(49):24.
- Bagley B. Measuring for Medicare: the physician quality reporting initiative. *Fam Pract Manag.* 2007;14(6):37-40.
- Baker D, Einstadter D, Thomas C, Husak S, Gordon N, Cebul R. Mortality trends during a program that publicly reported hospital performance. *Med Care.* 2002;40(10):879-890.
- Baker D, Einstadter D, Thomas C, Husak S, Gordon N, Cebul R. The effect of publicly reporting hospital performance on market share and risk-adjusted mortality at high-mortality hospitals. *Med Care.* 2003;41(6):729-740.
- Barr JK, Banks S, Waters WJ, Petrillo M. Methodological issues in public reporting of patient perspectives on hospital quality. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004;30(10):567-578.
- Barron G, Glad J, Vukotich C. The use of the National Public Health Performance Standards to evaluate change in capacity to carry out the 10 essential services. *J Environ Health.* 2007;70(1):29-31, 63.
- Batcheller SH. Legally speaking: Ready or not...time to report! The 2008 Physician Quality Reporting Initiative. *J Ark Med Soc.* 2008;104(9):209-210, 212.
- Beaulieu ND. Quality information and consumer health plan choices. *J Health Econ.* 2002;21(1):43-63.
- Bechtold ML, Scott S, Nelson K, Cox KR, Dellsperger KC, Hall LW. Educational quality improvement report: outcomes from a revised morbidity and mortality format that emphasised patient safety. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(6):422-427.
- Becker C. Command performance. CMS ready to debut pay-for-performance plan, but regardless of whether it's a hit, quality comparisons could be a rising star. *Mod Healthc.* 2007;37(27):6-7, 16, 11.
- Belicza E, Takacs E. [The objective assessment of the quality of hospital care: dream or reality?]. *Orv Hetil.* 2007;148(43):2033-2041.
- Bensimon C, Nohara N, Martin D. Stakeholders' views about cardiac report cards: a qualitative study. *Can J Cardiol.* 2004;20(4):433-438.
- Bentley J, Nash D. How Pennsylvania hospitals have responded to publicly released reports on coronary artery bypass graft surgery. *Jt Comm J Qual Improv.* 1998;24(1):40-49.
- Bobrow BJ, Vadeboncoeur TF, Clark L, Chikani V. Establishing Arizona's statewide cardiac arrest reporting and educational network. *Prehosp Emerg Care.* 2008;12(3):381-387.
- Bost JE. Managed care organizations publicly reporting three years of HEDIS measures. *Manag Care Interface.* 2001;14(9):50-54.



- Bottle A, Millett C, Xie Y, Saxena S, Wachter RM, Majeed A. Quality of primary care and hospital admissions for diabetes mellitus in England. *J Ambul Care Manage*. 2008;31(3):226-238.
- Bradley EH, Carlson MDA, Gallo WT, Scinto J, Campbell MK, Krumholz HM. From Adversary to Partner: Have Quality Improvement Organizations Made the Transition? *Health Services Research*. 2005;40(2):459-476.
- Bradley EH, Herrin J, Elbel B, McNamara RL, Magid DJ, Nallamothu BK, Wang Y, Normand SL, Spertus JA, Krumholz HM. Hospital quality for acute myocardial infarction: correlation among process measures and relationship with short-term mortality. *JAMA*. 2006;296(1):72-78.
- Braunstein J, Afshar K, MacNeily AE. Cryptorchidism: the veracity of online information accessible to the public. *J Pediatr Surg*. 2007;42(10):1745-1748.
- Burda D. Quality reporting is no game. Initiatives suffer from providers' ability to walk away if they aren't winning [editorial]. *Mod Healthc*. 2004;34(39):36.
- Butcher L. Major companies behind push for quality measures. *Manag Care*. 2006;15(3):68-69.
- Canto JG. Selecting the ideal cardiovascular surgeon: is it possible with public dissemination of clinical outcomes? *Med Care*. 2007;45(7):585-586.
- Carlisle RT. Internet report cards on quality: what exists and the evidence on impact. *W V Med J*. 2007;103(4):17-21.
- Carter MW, Porell FW. Nursing home performance on select publicly reported quality indicators and resident risk of hospitalization: grappling with policy implications. *J Aging Soc Policy*. 2006;18(1):17-39.
- Chabot JM. [Public reporting of performance data and patients]. *Rev Prat*. 2008;58(5):547-548.
- Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*. 1998;280(11):1000-1005.
- Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med*. 1996;334(6):394-398.
- Christensen H, Griffiths K. Reaching standards for dissemination: a case study. *Stud Health Technol Inform*. 2007;129(Pt 1):459-463.
- Coles J. Public disclosure of health care performance reports: a response from the UK. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(2):104-105.
- Conn J. Quality part of proposed PPS rule. Medicare reimbursement cuts for not reporting data. *Mod Healthc*. 2007;37(17):10.
- Cook DA, Duke G, Hart GK, Pilcher D, Mullany D. Review of the application of risk-adjusted charts to analyse mortality outcomes in critical care. *Crit Care Resusc*. 2008;10(3):239-251.
- Cooper BW. Public reporting and pay for performance. *N Engl J Med*. 2007;356(17):1783-1784; author reply 1784.

- Coory M, Duckett S, Sketcher-Baker K. Using control charts to monitor quality of hospital care with administrative data. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(1):31-39.
- Cornett BS. Health care quality and safety issues. *Semin Speech Lang*. 2006;27(2):80-88.
- Corrigan JM. Measuring what matters most. Current programs represent an excellent way to jump-start performance reporting, but. *Hosp Health Netw*. 2007;81(7):166.
- Corwin S. Quality over quantity. Many measures fail to provide accurate reading of a provider's performance. *Mod Healthc*. 2006;36(20):20.
- Craig TJ, Perlin JB, Fleming BB. Self-reported performance improvement strategies of highly successful Veterans Health Administration facilities. *Am J Med Qual*. 2007;22(6):438-444.
- Damberg CL, Raube K, Williams T, Shortell SM. Paying for performance: implementing a statewide project in California. *Qual Manag Health Care*. 2005;14(2):66-79.
- Davies HT, Marshall MN. Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? *Lancet*. 1999;353(9165):1639-1640.
- Davis MM, Hibbard JH, Milstein A. Consumer tolerance for inaccuracy in physician performance ratings: one size fits none. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*. 2007(110):1-5.
- de Brantes F, Fabius RJ, Galvin RS. Transparency Is a Prerequisite of Pay for Performance. *The American Heart Hospital Journal*. 2004;2(3):170-174.
- de Cruppe W, Ohmann C, Blum K, Geraedts M. Evaluating compulsory minimum volume standards in Germany: how many hospitals were compliant in 2004? *BMC Health Serv Res*. 2007;7:165.
- Dehmer GJ, Powell W. Pay for quality--what every interventional cardiologist needs to know: part II. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2006;68(2):338-341.
- DerGurahian J. States take the lead. While national efforts to standardize patient-safety reporting are now under way, the states remain far ahead of the curve. *Mod Healthc*. 2007;37(49):26-27, 30.
- Di Tanna GL, Cisbani L, Grilli R. [Public reporting on individual hospitals' quality: the risk of misinformation]. *Epidemiol Prev*. 2006;30(3):199-204.
- Dimick JB, Birkmeyer JD. Ranking hospitals on surgical quality: does risk-adjustment always matter? *J Am Coll Surg*. 2008;207(3):347-351.
- DoBias M. Building on 'four cornerstones'. Leavitt panel enlists insurers to promote transparency. *Mod Healthc*. 2007;37(20):8-9.
- Downing A, Rudge G, Cheng Y, Tu YK, Keen J, Gilthorpe MS. Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:166.
- Drake DE, Cohen A, Cohn J. National hospital antibiotic timing measures for pneumonia and antibiotic overuse. *Qual Manag Health Care*. 2007;16(2):113-122.
- Edgman-Levitan S, Gerteis M. Measures of quality: what can public reporting accomplish? *Healthc Forum J*. 1998;41(1):36-37, 61.

- Elliott B. To participate or not in the physician quality reporting initiative (PQRI); that is the question. *Del Med J*. 2007;79(5):197-204.
- Epstein AJ. Do cardiac surgery report cards reduce mortality? Assessing the evidence. *Med Care Res Rev*. 2006;63(4):403-426.
- Epstein AM. Public release of performance data: a progress report from the front. *JAMA*. 2000;283(14):1884-1886.
- Eriksson M, Appelros P, Norrving B, Terent A, Stegmayr B. Assessment of functional outcome in a national quality register for acute stroke: can simple self-reported items be transformed into the modified Rankin Scale? *Stroke*. 2007;38(4):1384-1386.
- Essey M. The quality epidemic. *Caring*. 2007;26(8):18-22.
- Ettinger WH, Hylka SM, Phillips RA, Harrison LH, Jr., Cyr JA, Sussman AJ. When things go wrong: the impact of being a statistical outlier in publicly reported coronary artery bypass graft surgery mortality data. *Am J Med Qual*. 2008;23(2):90-95.
- Evans M. Providers fight CMS' quality initiative. Controversial proposal would cut outpatient pay for not reporting inpatient data. *Mod Healthc*. 2006;36(41):10-11.
- Evans M. Nurses take up quality mantle. New initiatives move them into quality reporting. *Mod Healthc*. 2007;37(42):12.
- Evans M, Galvin R, Ginsburg P. Transparent challenges. Leaders see value in reporting of price, quality data, but effects may be marginal. *Mod Healthc*. 2007;37(46):20-23.
- Evans RG. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. *The Economics of Health and Medical Care*. 1974:162-173.
- Fernandopulle R, Ferris T, Epstein A, McNeil B, Newhouse J, Pisano G, Blumenthal D. A research agenda for bridging the 'quality chasm.'. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):178-190.
- Frey GD, Ibbott GS, Morin RL, Paliwal BR, Thomas SR, Bosma J. The American Board of Radiology Perspective on Maintenance of Certification: Part IV: Practice quality improvement in radiologic physics. *Med Phys*. 2007;34(11):4158-4163.
- Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med*. 2007;356(26):2713-2719.
- Galvin R. Purchasing health care: an opportunity for a public-private partnership. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):191-195.
- Garcia-Altes A, Zonco L, Borrell C, Plasencia A. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. *Gac Sanit*. 2006;20(4):316-324.
- Gauld R. New Zealand's health system: national policy goals and decentralized service planning and delivery. *Am Heart Hosp J*. 2007;5(3):177-181.
- Gelfand EW, Colice GL, Fromer L, Bunn WB, 3rd, Davies TJ. Use of the health plan employer data and information set for measuring and improving the quality of asthma care. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;97(3):298-305.
- Giard RW. [Performance indicators unsuitable to monitor and improve complex health care]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2007;151(17):957-959.

- Glance LG, Osler TM, Mukamel DB, Dick AW. Impact of the present-on-admission indicator on hospital quality measurement: experience with the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Inpatient Quality Indicators. *Med Care*. 2008;46(2):112-119.
- Goldfield N, Burford R, Averill R, Boissonnault B, Kelly W, Kravis T, Smithline N. Pay for Performance: An Excellent Idea That Simply Needs Implementation. *Quality Management in Health Care*. 2005;14(1):31.
- Goldman LE, Vittinghoff E, Dudley RA. Quality of care in hospitals with a high percent of Medicaid patients. *Med Care*. 2007;45(6):579-583.
- Goldman RS. Payment for performance: in sickness and in health. For better or for worse? *Blood Purif*. 2006;24(1):28-32.
- Gouma DJ, Busch OR. [Quality of care a matter of experience]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2007;151(38):2082-2086.
- Greene J. Under-mined. *Hosp Health Netw*. 2006;80(12):38-40, 42, 44, 31.
- Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(3):172-183.
- Groene O, Skau JK, Frolich A. An international review of projects on hospital performance assessment. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(3):162-171.
- Guthrie D, McIntosh M, Callaly T, Trauer T, Coombs T. Consumer attitudes towards the use of routine outcome measures in a public mental health service: a consumer-driven study. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(2):92-97.
- Halasyamani LK, Davis MM. Conflicting measures of hospital quality: ratings from "Hospital Compare" versus "Best Hospitals". *J Hosp Med*. 2007;2(3):128-134.
- Hamblin R. Publishing 'quality' measures: how it works and when it does not? *Int J Qual Health Care*. 2007;19(4):183-186.
- Hibbard J. Being strategic with public reports [editorial]. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(5):353-355.
- Hibbard J, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):84-94.
- Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24(4):1150-1160.
- Howell E, Graham C, Hoffman A, Lowe D, McKeivitt C, Reeves R, Rudd AG. Comparison of patients' assessments of the quality of stroke care with audit findings. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(6):450-455.
- Innes K, McKenzie K, Walker S. Public reporting of hospital outcomes based on administrative data. *Med J Aust*. 2006;185(10):574; author reply 574.
- Ireson CI, Ford MA, Hower JM, Schwartz RW. Outcome report cards: a necessity in the health care market. *Arch Surg*. 2002;137(1):46-51.
- Iron K. Health data in Ontario: taking stock and moving ahead. *Healthc Q*. 2006;9(3):24-26.
- Jain M. The ABCs of PQRI: physician quality reporting initiative. *Tenn Med*. 2007;100(7):29-31.

- Jessee W. The hard work of transparency. Everyone in the industry must join together to reach a desirable goal. *Mod Healthc*. 2007;37(43):22.
- Jette AM, Tao W, Norweg A, Haley S. Interpreting rehabilitation outcome measurements. *J Rehabil Med*. 2007;39(8):585-590.
- Jha AK, Epstein AM. The predictive accuracy of the New York State coronary artery bypass surgery report-card system. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(3):844-855.
- Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM. The inverse relationship between mortality rates and performance in the Hospital Quality Alliance measures. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(4):1104-1110.
- Jolley GM, Lawless AP, Baum FE, Hurley CJ, Fry D. Building an evidence base for community health: a review of the quality of program evaluations. *Aust Health Rev*. 2007;31(4):603-610.
- Jones RB, Anasetti C, Appel P, DiPersio J, Heslop H, Lemaistre F, Silver S, Sirilla J, Stiff P. ASBMT committee report: white paper on measurement of quality outcomes. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2006;12(5):594-597.
- Kahn CN, 3rd. Pre-deadline data reporting by some hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(1):294-295.
- Kahn CN, 3rd, Ault T, Isenstein H, Potetz L, Van Gelder S. Snapshot of hospital quality reporting and pay-for-performance under Medicare. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25(1):148-162.
- Kane RL, Arling G, Mueller C, Held R, Cooke V. A quality-based payment strategy for nursing home care in Minnesota. *Gerontologist*. 2007;47(1):108-115.
- Kash BA, Hawes C, Phillips CD. Comparing staffing levels in the Online Survey Certification and Reporting (OSCAR) system with the Medicaid Cost Report data: are differences systematic? *Gerontologist*. 2007;47(4):480-489.
- Kendricks S, Cline D, Finlayson A. *Clinical outcomes indicators in Scotland: lessons and prospects*. Managing quality: strategic issues in health care management ed. Aldershot: Ashgate Publishing Company; 1999.
- Khunti K, Gadsby R, Millett C, Majeed A, Davies M. Quality of diabetes care in the UK: comparison of published quality-of-care reports with results of the Quality and Outcomes Framework for Diabetes. *Diabet Med*. 2007;24(12):1436-1441.
- Kirchheimer B. The patient's perspective. Hospitals must report patient-satisfaction data or face a financial hit; for many it's just business as usual, for others it poses some challenges. *Mod Healthc*. 2007;37(29):26-28.
- Kmietowicz Z. Star rating system fails to reduce variation. *BMJ*. 2003;327(7408):184.
- Konig A, Geraedts M. [Development of the quality of surgical gynaecological care in the State of Hesse, Germany under external quality assurance]. *Gesundheitswesen*. 2006;68(2):128-133.
- Krumholz HM, Normand SL. Public reporting of 30-day mortality for patients hospitalized with acute myocardial infarction and heart failure. *Circulation*. 2008;118(13):1394-1397.

- Krumholz HM, Normand SL, Spertus JA, Shahian DM, Bradley EH. Measuring performance for treating heart attacks and heart failure: the case for outcomes measurement. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(1):75-85.
- Lakhani A, Coles J, Eayres D, Spence C, Rachet B. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1--performance indicators closely linked to clinical care. *BMJ*. 2005;330(7505):1426-1431.
- Lansky D. Improving quality through public disclosure of performance information. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21(4):52-62.
- Laschober M, Maxfield M, Felt-Lisk S, Miranda DJ. Hospital response to public reporting of quality indicators. *Health Care Financ Rev*. 2007;28(3):61-76.
- Leatherman S, Berwick D, Iles D, Lewin LS, Davidoff F, Nolan T, Bisognano M. The business case for quality: case studies and an analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(2):17-30.
- Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *Int J Qual Health Care*. 1999;11(2):93-98.
- Lee TH, Zapert K. Do high-deductible health plans threaten quality of care? *N Engl J Med*. 2005;353(12):1202-1204.
- Leggat SG, Narine L, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Baker GR, Sicotte C, Champagne F, Bilodeau H. A review of organizational performance assessment in health care. *Health Serv Manage Res*. 1998;11(1):3-18; discussion 19-23.
- Lin C, Lin CM. Using quality report cards for reshaping dentist practice patterns: a pre-play communication approach. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(3):368-377.
- Lister ED. How to drive a quality dashboard. Interview by Laurie Larson. *Trustee*. 2008;61(5):27-28, 21.
- Loh YH. Public disclosure of healthcare performance information and its application to the Singapore context. *Ann Acad Med Singapore*. 2003;32(5):676-684.
- Lubell J. AHA wants more time. PPS quality-reporting deadline called too tight. *Mod Healthc*. 2006;36(18):8-9.
- Maasilta P, Salonen EM, Vaheri A, Kivisaari L, Holsti LR, Mattson K. Procollagen-III in serum, plasminogen activation and fibronectin in bronchoalveolar lavage fluid during and following irradiation of human lung. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1991;20(5):973-980.
- MacLean CH, Louie R, Shekelle PG, Roth CP, Saliba D, Higashi T, Adams J, Chang JT, Kamberg CJ, Solomon DH, Young RT, Wenger NS. Comparison of administrative data and medical records to measure the quality of medical care provided to vulnerable older patients. *Med Care*. 2006;44(2):141-148.
- Macleod A, McSherry B. Regulating to ensure patient safety in hospitals: towards a comprehensive framework. *J Law Med*. 2006;14(2):228-243.
- Magee H, Davis LJ, Coulter A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med*. 2003;96(7):338-342.
- Majeed A, Lester H, Bindman AB. Improving the quality of care with performance indicators. *BMJ*. 2007;335(7626):916-918.

Mannion R, Goddard M. Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *J Eval Clin Pract.* 2003;9(2):277-286.

Mansi IA. Public reporting and pay for performance. *N Engl J Med.* 2007;356(17):1783; author reply 1784.

Marang-van de Mheen PJ, Stadlander MC, Kievit J. Adverse outcomes in surgical patients: implementation of a nationwide reporting system. *Qual Saf Health Care.* 2006;15(5):320-324.

Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care.* 2000;9(1):53-57.

Mason A, Street A. *To publish or not? Experience and evidence about publishing hospital outcomes data*: London: Office of Health Economics; 2005.

Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *J Eval Clin Pract.* 2006;12(1):37-48.

Maxwell CI. Public disclosure of performance information in Pennsylvania: impact on hospital charges and the views of hospital executives. *Jt Comm J Qual Improv.* 1998;24(9):491-502.

Maynard A. Competition and quality: rhetoric and reality. *Int J Qual Health Care.* 1998;10(5):379-384.

McCormick D, Himmelstein DU, Woolhandler S, Wolfe SM, Bor DH. Relationship Between Low Quality-of-Care Scores and HMOs' Subsequent Public Disclosure of Quality-of-Care Scores. *Am Med Assoc.* 2002;288(12):1484-1490.

McGlynn EA. An evidence-based national quality measurement and reporting system. *Medical care.* 2003;41(1):8-15.

McKinley J, Gibson D, Ardal S. Hospital standardized mortality ratio: the way forward in Ontario. *Healthc Pap.* 2008;8(4):43-49; discussion 69-75.

McMillen JC, Lee BR, Jonson-Reid M. Outcomes for youth residential treatment programs using administrative data from the child welfare system: a risk-adjustment application. *Adm Policy Ment Health.* 2008;35(3):189-197.

McSherry B. Access to confidential medical records by courts and tribunals: the inapplicability of the doctrine of public interest immunity. *J Law Med.* 2006;14(1):15-19.

Mebius C. Public disclosure of health care performance reports: comments and reflections from Sweden. *Int J Qual Health Care.* 1999;11(2):102-103.

Medicare Payment Advisory Commission. Using incentives to improve the quality of care in medicare. In: MedPac, ed. Washington (DC); 2003:107-127.

Millenson ML. Pay for performance: the best worst choice. *Qual Saf Health Care.* 2004;13(5):323-324.

Miyata H, Motomura N, Ueda Y, Matsuda H, Takamoto S. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;135(6):1306-1312.

Moody-Williams J. How do we get the public to pay attention. Paper presented at: Hospital Public Reporting: A Summit on Messages and Communication Strategies, 2004; Washington, DC.

- Mor V. Defining and measuring quality outcomes in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2006;7(8):532-538; discussion 538-540.
- Mor V. Defining and measuring quality outcomes in long-term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2007;8(3 Suppl 2):e129-137.
- Moscucci M, Eagle KA, Share D, Smith D, De Franco AC, O'Donnell M, Kline-Rogers E, Jani SM, Brown DL. Public reporting and case selection for percutaneous coronary interventions: an analysis from two large multicenter percutaneous coronary intervention databases. *J Am Coll Cardiol*. 2005;45(11):1759-1765.
- Mukamel DB, Mushlin AI. Quality of care information makes a difference: an analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. *Med Care*. 1998;36(7):945-954.
- Mullen KJ, Bradley EH. Public reporting and pay for performance. *N Engl J Med*. 2007;356(17):1782-1783; author reply 1784.
- Murtaugh CM, Peng T, Aykan H, Maduro G. Risk adjustment and public reporting on home health care. *Health Care Financ Rev*. 2007;28(3):77-94.
- Naessens JM, Culbertson RA, Lefante JJ, Campbell CR. When should a multicampus hospital be considered a single entity for public reporting on patient safety issues? *Qual Manag Health Care*. 2007;16(2):153-165.
- National Bureau of Economic Research. Do report cards tell consumers anything they don't already know ? The case of medicare HMOs. Working paper n° 11420 ed. Cambridge (MA): NBER; 2005.
- Nicholls M. UK congenital heart centres under scrutiny. *Circulation*. 2007;116(13):f73-75.
- Nuckols TK, Bell DS, Liu H, Paddock SM, Hilborne LH. Rates and types of events reported to established incident reporting systems in two US hospitals. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(3):164-168.
- O'Brien SM, DeLong ER, Peterson ED. Impact of case volume on hospital performance assessment. *Arch Intern Med*. 2008;168(12):1277-1284.
- O'Kane ME. Performance-based measures: the early results are in. *J Manag Care Pharm*. 2007;13(2 Suppl B):S3-6.
- Pateman C. *Participation and Democratic Theory*. Cambridge University Press ed. Cambridge; 1970.
- Penrod JD, Cortez T, Luhrs CA. Use of a report card to implement a network-based palliative care program. *J Palliat Med*. 2007;10(4):858-860.
- Phelan EA, Williams B, Snyder SJ, Fitts SS, LoGerfo JP. A five state dissemination of a community-based disability prevention program for older adults. *Clin Interv Aging*. 2006;1(3):267-274.
- Phillips CD, Hawes C, Lieberman T, Koren MJ. Where should Momma go? Current nursing home performance measurement strategies and a less ambitious approach. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:93.



- Pine M, Jordan HS, Elixhauser A, Fry DE, Hoaglin DC, Jones B, Meimban R, Warner D, Gonzales J. Enhancement of claims data to improve risk adjustment of hospital mortality. *JAMA*. 2007;297(1):71-76.
- Pink GH, Brown AD, Daniel I, Hamlette ML, Markel F, Hall LM, McKillop I. Financial benchmarks for Ontario hospitals. *Healthc Q*. 2006;9(1):40-45, 42.
- Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P. Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *Healthc Pap*. 2006;6(4):8-26.
- Pink GH, Daniel I, Hall LM, McKillop I. Selection of key financial indicators: a literature, panel and survey approach. *Healthc Q*. 2007;10(1):87-96.
- Pitches DW, Mohammed MA, Lilford RJ. What is the empirical evidence that hospitals with higher-risk adjusted mortality rates provide poorer quality care? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:91.
- Press I. The measure of quality. *Qual Manag Health Care*. 2004;13(4):202-209.
- Pronovost PJ, Miller M, Wachter RM. The GAAP in quality measurement and reporting. *JAMA*. 2007;298(15):1800-1802.
- Putnam W, Bower KN, Cox J, Twohig P, Pottie K, Jackson L, Burge F. Quality indicators for cardiac care: national standards in a community context. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11(1):5-12.
- Pyne M, Schlichting N. Time to start blogging? *Hosp Health Netw*. 2007;81(9):24.
- Radford A, Pink G, Ricketts T. A comparative performance scorecard for federally funded community health centers in North Carolina. *J Healthc Manag*. 2007;52(1):20-31; discussion 32-23.
- Ramsay S. Publishing cardiac surgeons' outcome data. *Circulation*. 2006;114(5):f118-119.
- Rasich P. Quality. Web sites start reporting hospital mortality data. *Hosp Health Netw*. 2007;81(6):30.
- Revicki DA, Erickson PA, Sloan JA, Dueck A, Guess H, Santanello NC. Interpreting and reporting results based on patient-reported outcomes. *Value Health*. 2007;10 Suppl 2:S116-124.
- Rhea S. Show and tell. Joint Commission revelations in Boston. *Mod Healthc*. 2007;37(18):17.
- Roberts RG, Friedsam D, Beasley JW, Helstad C, Moberg DP. The state of quality reports: comparing states by their rankings. *WMJ*. 2006;105(8):60-66.
- Robeznieks A. Quality conundrum. Consumers will get more data, but questions remain about validity, usefulness. *Mod Healthc*. 2006;36(46):30-31.
- Robeznieks A. No more data sales. JCAHO will offer free quality data as 'public utility'. *Mod Healthc*. 2006;36(11):8-9.
- Robeznieks A. A boost for transparency. *Mod Healthc*. 2007;37(13):12-13.
- Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(2):127-141.

Rozier RG, Pahel BT. Patient- and population-reported outcomes in public health dentistry: oral health-related quality of life. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):345-365, vi-vii.

Russell TR. Nothing to hide: transparency in healthcare. *MedGenMed*. 2006;8(3):83.

Russell TR. Physician Quality Reporting Initiative (PQRI) and other performance measurement programs. *Bull Am Coll Surg*. 2008;93(6):4-6.

Saracino S. Patient safety: the changing face of error reporting. *Rehabil Nurs*. 2006;31(2):52-53.

Scalise D. The see-through hospital. *Hosp Health Netw*. 2006;80(11):34-36, 38, 40, 32.

Scanlo DP, Chernew M, McLaughlin C, Solon G. The impact of health plan report cards on managed care enrollment. *J Health Econ*. 2002;21(1):19-41.

Scheckler WE. Counterpoint: public disclosure of process and outcome measures. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999;7(1):41-42.

Schneider E, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care*. 2001;10(2):96-103.

Schumacher DN. Public reporting and pay for performance. *N Engl J Med*. 2007;356(17):1783; author reply 1784.

Schut FT, Van de Ven WP. Rationing and competition in the Dutch health-care system. *Health Econ*. 2005;14(Suppl 1):S59-74.

Schwappach DL, Schubert HJ. [To disclose or not to disclose? Chances and risks of the publication of medical quality comparisons]. *Dtsch Med Wochenschr*. 2007;132(49):2637-2642.

Scott IA, Ward M. Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *Med J Aust*. 2006;184(11):571-575.

Sensor W. The price is right here. We're giving patients the kind of data available in any other consumer market. *Mod Healthc*. 2007;37(18):22.

Shahian DM, Silverstein T, Lovett AF, Wolf RE, Normand SL. Comparison of clinical and administrative data sources for hospital coronary artery bypass graft surgery report cards. *Circulation*. 2007;115(12):1518-1527.

Shannon D. Did you get an 'A'? *Physician Exec*. 2007;33(6):4-6, 8-12.

Sherman S. Hospital Public Reporting : Are Consumers Getting the Message. Paper presented at: Hospital Public Reporting: A Summit on Messages and Communication Strategies, 2004 Washington, DC.

Shin P, Markus A, Rosenbaum S, Sharac J. Adoption of health center performance measures and national benchmarks. *J Ambul Care Manage*. 2008;31(1):69-75.

Sigfrid LA, Turner C, Crook D, Ray S. Using the UK primary care Quality and Outcomes Framework to audit health care equity: preliminary data on diabetes management. *J Public Health (Oxf)*. 2006;28(3):221-225.

Slany E, Reuter W. [ New quality reports of hospitals]. *Versicherungsmedizin*. 2008;60(1):33-35.

- Sloane T. A new definition of transparency. Pricing, sparse quality data aren't enough to fix the problems they aim to solve. *Mod Healthc*. 2007;37(26):56.
- Smith CR. The big chill: adverse effects of public reporting on access to health care. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47(8):1737; author reply 1737-1738.
- Smith PC. Performance Measurement in Health Care: History, Challenges and Prospects. *Public Money & Management*. 2005;25(4):213-220.
- Snelling I. Do star ratings really reflect hospital performance? *Management*. 2003;17(3):210-223.
- Steinbrook R. Public report cards--cardiac surgery and beyond. *N Engl J Med*. 2006;355(18):1847-1849.
- Stinson P. The PQRI Catch-22. The CMS 1.5 percent reimbursement may incentivize IT adoption, but will it do so equally, and is it enough? *Health Manag Technol*. 2007;28(10):42-44.
- Straube BM. Commentary. The imperatives for change in the US health care payment and delivery systems are clear. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2008;15(1):7-9.
- Stukenborg GJ, Wagner DP, Harrell FE, Jr., Oliver MN, Heim SW, Price AL, Han CK, Wolf AM, Connors AF, Jr. Which hospitals have significantly better or worse than expected mortality rates for acute myocardial infarction patients? Improved risk adjustment with present-at-admission diagnoses. *Circulation*. 2007;116(25):2960-2968.
- Stulberg J. The physician quality reporting initiative--a gateway to pay for performance: what every health care professional should know. *Qual Manag Health Care*. 2008;17(1):2-8.
- Tavolacci M, Merle V, Germain J, Czernichow P. Perception de l'Indice Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN) par les patients et les professionnels de santé: Enquête en Haute-Normandie. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2007(12-13):104-107.
- Teleki SS, Kanouse DE, Elliott MN, Hiatt L, de Vries H, Quigley DD. Understanding the reporting practices of CAHPS sponsors. *Health Care Financ Rev*. 2007;28(3):17-30.
- Terris DD, Litaker DG. Data quality bias: an underrecognized source of misclassification in pay-for-performance reporting? *Qual Manag Health Care*. 2008;17(1):19-26.
- Todres J. Toward Healing and Restoration for All: Reframing Medical Malpractice Reform. *Connecticut Law Review*. 2006;39:667-737.
- Treffert D, Johnson S. Report on a flawed "report card": the public citizens ranking of medical licensing boards. *Wis Med J*. 2005;104(2):11-16.
- Tu YK, Gilthorpe MS. The most dangerous hospital or the most dangerous equation? *BMC Health Serv Res*. 2007;7:185.
- Tynan A, Liebhaber A, Ginsburg PB. A health plan work in progress: hospital-physician price and quality transparency. *Res Briefs*. 2008(7):1-8.
- US Congress Office of Technology Assessment. *Quality assessment activities by selected organizations. Appendix D*. Washington (DC): US Government Printing Office; 1988.
- US Congress Office of Technology Assessment. *Disseminating information to consumers: present context and future strategy*. Washington (DC) 1988.

- US Congress Office of Technology Assessment. *Hospital mortality rates*. Washington (DC) 1988.
- van der Vleuten CP. [Qualitative ranking of medical curricula is useful]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150(42):2330.
- Vasselle A. *Prévenir les infections nosocomiales : une exigence de qualité des soins hospitaliers* 2006.
- Vetter N. Quality of care and performance indicators. *J Public Health (Oxf)*. 2004;26(4):323-324.
- Voelker R. Why has 'historic' public disclosure of hospital performance data attracted so little attention. *JAMA*. 1995;273(9):689-690.
- Wedig GJ, Tai-Seale M. The effect of report cards on consumer choice in the health insurance market. *J Health Econ*. 2002;21(6):1031-1048.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship between Medicare's hospital compare performance measures and mortality rates. *JAMA*. 2006;296(22):2694-2702.
- Werner RM, Bradlow ET, Asch DA. Hospital performance measures and quality of care. *LDI Issue Brief*. 2008;13(5):1-4.
- Westaby S, Archer N, Manning N, Adwani S, Grebenik C, Ormerod O, Pillai R, Wilson N. Comparison of hospital episode statistics and central cardiac audit database in public reporting of congenital heart surgery mortality. *BMJ*. 2007;335(7623):759.
- Wilson B. Transparency. After posting prices, hospitals try to put it all in context. Linking prices and quality is the next step, but the real challenge is educating the public. *Hosp Health Netw*. 2007;81(9):18.
- Wintz R, Rosenthal B, Fadem SZ. The Physician Quality Reporting Initiative: a practical approach to implementing quality reporting. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2008;15(1):56-63.
- Wolfe S. Public disclosure of process and outcome measures. *Clin Perform Qual Health Care*. 1999;7(1):38-40.
- Yang MC, Tung YC. Using path analysis to examine causal relationships among balanced scorecard performance indicators for general hospitals: the case of a public hospital system in Taiwan. *Health Care Manage Rev*. 2006;31(4):280-288.
- Zigmond J. Take two ... on CMS' release of hospital mortality rates. *Mod Healthc*. 2007;37(22):8-9.