

RÉUNION MINISTÉRIELLE DE L'OCDE SUR LA SANTÉ

Forum sur la qualité des soins



Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité

Forum sur la qualité des soins, Paris, 7-8 octobre 2010



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET
DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

Améliorer la performance des soins de santé : comment mesurer leur qualité

La qualité des soins ne peut pas être considérée comme acquise, et des patients souffrent et meurent à cause d'erreurs médicales.

Le fameux rapport *To Err is Human* de l'Institute of Medicine (IOM) a mis en lumière une statistique inquiétante selon laquelle, aux États-Unis, les erreurs médicales faisaient probablement plus de morts que les accidents de la circulation. Ce document publié en 1999 par l'IOM fait partie d'une série d'études réalisées ces 40 dernières années dans le monde, qui révèlent la sous-utilisation, la sur-utilisation et la mauvaise utilisation de nombreux services médicaux. Ces données de plus en plus nombreuses remettent en cause les postulats habituels sur la qualité des soins de santé. Exemples :

- Les statistiques sur les pays nordiques montrent que plus de 12 % des patients hospitalisés subissent des incidents néfastes dont 70 % étaient évitables et dont plus de la moitié se traduisent par une invalidité et une hospitalisation prolongée.
- Une étude anglaise montre que plus de 40 % des admissions aux urgences hospitalières (soit près de 1.9 million) pourraient être évitées grâce à des soins primaires de meilleure qualité.
- Les analyses comparatives du *Panorama de la santé* publié par l'OCDE révèlent d'énormes disparités en matière de qualité des soins de santé.

Une mauvaise qualité des soins a des répercussions pour tous, même si ce sont surtout les patients qui en souffrent. Par ailleurs, les coûts des soins de santé sont plus élevés qu'ils ne devraient l'être.

Dans un contexte de plus en plus complexe, la mesure de la qualité revêt une importance grandissante.

Les populations des pays industrialisés vieillissent, avec différents types de cas de plus en plus complexes de maladies chroniques, assorties de comorbidités multiples et d'invalidités. Avec le développement des connaissances médicales, les nouvelles possibilités technologiques et la fragmentation des prestations de soins, l'évaluation de la qualité des processus et des résultats sur le plan de la santé revêt une importance croissante. Néanmoins, il est plus difficile que jamais de dispenser des soins et d'évaluer leur qualité.

Les responsables politiques ont besoin de mesurer, d'évaluer et de comparer la qualité des soins pour trois raisons principales : responsabiliser les prestataires de santé, élaborer des politiques mieux adaptées et permettre aux prestataires et aux autres parties prenantes d'échanger leurs connaissances. De fait, il n'y a guère aujourd'hui de politique qui ne cherche à améliorer la qualité des soins et/ou qui ne dépende de l'aptitude à mesurer la qualité des soins. Toutefois, pour parvenir à une « gouvernance axée sur la qualité », il est nécessaire d'évaluer si le système est en mesure de fournir des soins efficaces, sûrs et centrés sur le patient.

On a fait des progrès dans la mesure de

Depuis sa création en 2001, le projet de l'OCDE sur les indicateurs de qualité des soins de santé (HCQI), mené en partenariat avec des organisations et des pays à la pointe dans ce domaine, a permis de mettre en

L'efficacité clinique, de la sécurité des patients et de l'expérience des patients.

place un cadre conceptuel et une base méthodologique pour fournir les informations nécessaires sur la qualité. Même si des données manquent, ce projet a produit des statistiques utiles portant sur les aspects suivants : *efficacité clinique, sécurité des patients et expérience des patients.*

Quatre questions sont abordées dans la présente note :

- Pourquoi avons-nous besoin d'informations sur la qualité des soins de santé ?
- Quelles sont les données comparables à l'échelle internationale sur la qualité des soins de santé ?
- Comment obtenir des données plus abondantes et de meilleure qualité afin que les ministres, les responsables de l'action publique et les professionnels soient responsabilisés et informés et qu'ils puissent apprendre les uns des autres ?
- Comment utiliser les informations relatives à la qualité pour améliorer les soins de santé ?

L'amélioration de la qualité des soins est au cœur de la plupart des initiatives en matière de santé...

Pourquoi avons-nous besoin d'informations sur la qualité des soins de santé ?

La mesure de la qualité des soins de santé est l'un des axes essentiels de nombreuses politiques qui visent à améliorer les performances des systèmes de santé, par exemple au moyen d'une meilleure coordination des soins, de la prévention, de soins centrés sur le patient, du recours à l'évaluation des technologies de santé et de la rémunération selon la performance.

...qui visent notamment à améliorer la coordination des soins pour éviter les problèmes à l'interface entre différents prestataires

Améliorer la coordination des soins

Les patients étant de plus en plus nombreux à s'adresser à plusieurs prestataires de soins pour des affections aiguës ou chroniques, l'intégration des fonctions de gouvernance nationale et internationale des systèmes de santé constitue un besoin urgent. Cela va directement de pair avec la mesure de la qualité des soins (la fragmentation des systèmes de santé entraîne de mauvaises expériences chez les patients et annihile l'efficacité et la sécurité des soins). Les soins intégrés sont donc maintenant au cœur des efforts de réforme dans un nombre croissant de pays.

...et à faire en sorte que les efforts de prévention soient déployés en temps voulu et de manière appropriée.

Prévention

La meilleure connaissance des facteurs de risque individuels et la prise de conscience de la possibilité de mettre en place des interventions de prévention efficaces ont donné aux prestataires de soins de santé de nouvelles raisons de placer la prévention au cœur du système afin de passer progressivement d'une démarche curative à une démarche plus anticipative et préventive. Ainsi, les systèmes de soins se transforment en systèmes de santé. Pour réaliser cette transition, il est nécessaire de suivre avec attention la santé et le mode de vie (tabagisme, nutrition, consommation d'alcool) de la population, ainsi que la qualité des soins (préventifs), notamment lorsqu'ils sont dispensés au niveau des soins primaires.

Les soins centrés sur le patient placent l'expérience de ces derniers au cœur de ce que le système de santé s'efforce d'atteindre...

...et des indicateurs de l'expérience des patients permettent d'ores et déjà d'améliorer la performance des systèmes de santé.

L'efficacité clinique est le pilier de la qualité...

... et de nombreux pays ont mis en place des moyens pour diffuser les bonnes pratiques

Les soins centrés sur le patient

Le fameux rapport « *Crossing the quality chasm* » publié en 2001 par l'Institute of Medicine définit les soins axés sur le patient comme l'un des principaux domaines de la qualité. Il prône des systèmes de santé qui respectent les valeurs et les préférences des patients, assurent la coordination et l'intégration décloisonnées des soins, informent, communiquent et éduquent, et enfin garantissent le bien-être physique, le soutien psychologique et l'implication de l'entourage dans les soins à dispenser. Axer un système de santé sur les préférences et les besoins des patients améliore la satisfaction globale des patients et les résultats sur le plan de la santé, et contribue même à accroître l'efficacité des soins.

Rendre les patients autonomes et renforcer leur autogestion pourraient favoriser une gestion performante des systèmes de santé. Dans ce contexte, la mesure de l'expérience des patients peut devenir un élément essentiel de l'évaluation des services de santé. Une multitude d'enquêtes nationales et internationales (Commonwealth Fund, Picker Institute Europe et méthode CAHPS aux États-Unis) sont mises en place pour mesurer les expériences des patients, les résultats pouvant servir à promouvoir la responsabilité, le développement de stratégies et l'amélioration de la qualité.

Recours systématique à l'évaluation des technologies de la santé et aux évaluations cliniques

L'évaluation des technologies de la santé (ETS) et l'évaluation clinique peuvent guider les décisions en matière de soins en fournissant des données probantes sur l'efficacité comparée, le rapport coût-efficacité, les avantages et les inconvénients de différentes modalités de traitement comme les tests diagnostiques, la chirurgie, les médicaments, les dispositifs médicaux voire l'organisation et la gestion des services de soins. Exemples : L'aspirine doit-elle être utilisée pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires ? Chez les femmes, quelle classe d'âge doit se soumettre à un examen de dépistage du cancer du sein, et à quels intervalles ? Les agents hypoglycémiant par voie orale sont-ils rentables, voire efficaces pour traiter le diabète de type 2, par rapport à un traitement classique ? Le dépistage du cancer du col de l'utérus est-il utile alors qu'il existe un vaccin contre le VPH ?

Pour aider à répondre à ces questions, de nombreux organismes d'ETS ont été créés, tels que le Centre d'évaluation des technologies de la santé au Danemark, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France, l'Institut pour la qualité et l'efficacité des soins de santé et l'Institut pour l'amélioration de la qualité et la recherche en soins de santé en Allemagne, et le National Institute of Clinical Excellence (NICE) au Royaume-Uni. Les États-Unis viennent d'investir 1.1 milliard de dollars dans la création du Federal Coordinating Council for Comparative Effectiveness Research afin de comparer l'efficacité de milliers de traitements médicaux. Ces 20 dernières années, on a pu constater que les résultats de l'ETS sont de plus en plus utilisés pour prendre des décisions sur les ensembles d'avantages sociaux et les lignes directrices pour la pratique. Néanmoins, il est indispensable de

mesurer la qualité des soins dispensés afin de déterminer si les hypothèses rationnelles formulées dans le cadre des ETS et des lignes directrices pour la pratique tiennent leurs promesses au quotidien.

Une nouvelle démarche d'amélioration de la qualité consiste à payer pour celle-ci.

La rémunération selon la performance

Tous les pays de l'OCDE ont mis en place de nombreux programmes de soins primaires, de soins hospitaliers et de prévention pour essayer de promouvoir l'utilisation de protocoles fondés sur des données probantes et réduire les disparités en matière de soins de santé. Les programmes de rémunération selon la performance vont au-delà des mesures d'encouragement et d'exhortation à *récompenser* les prestataires pour la qualité de leurs soins de santé. Ainsi, le Quality and Outcomes Framework (QOF) mis en place au Royaume-Uni permet de mesurer la qualité et d'octroyer des indemnités supplémentaires aux médecins généralistes en fonction des résultats.

L'utilisation de la qualité dans les systèmes de paiement nécessite de bons indicateurs, avec des données comparatives permettant un étalonnage. Toutefois, ces indicateurs doivent être intégrés dans le contexte plus large du système de santé, et il importe de ne pas en faire des objectifs qui contraignent les prestataires à négliger d'autres aspects importants. Le projet britannique QOF a montré l'intérêt d'utiliser un large éventail d'indicateurs afin d'éviter de créer des incitations perverses qui conduiraient à adopter une approche limitée de la qualité des soins.

La gouvernance axée sur la qualité est cruciale pour accroître la qualité.

Gouvernance axée sur la qualité

La gouvernance axée sur la qualité devient un principe clé de la refonte des systèmes de santé. Outre les informations relatives aux coûts des soins de santé et à la santé de la population, les pouvoirs publics doivent pouvoir s'appuyer sur les données relatives à la qualité des soins pour optimiser les performances des systèmes de santé. Des données sur la qualité comparables au niveau international sont, à présent, souvent intégrées aux rapports nationaux sur la performance et sont mises en relation avec les initiatives et les politiques nationales d'amélioration de la qualité. La prochaine partie propose des données comparatives sur les disparités observées en termes de qualité des soins entre les pays et les différents volets du système de santé.

Si les mauvais élèves en matière de qualité rehaussaient leur performance pour rattraper les mieux classés, les résultats sanitaires en seraient grandement améliorés.

Quelles sont les données comparables à l'échelle internationale sur la qualité des soins ?

Le besoin d'indicateurs fiables a conduit à une amélioration des infrastructures de collecte des données à l'échelon national. Plusieurs pays ont désormais recours à leurs données nationales pour évaluer la qualité : parmi les études les plus réputées figurent les rapports des Pays-Bas sur les performances des soins de santé, les rapports danois sur le secteur hospitalier, les NHS Quality Accounts du Royaume-Uni, les rapports sur les performances provinciales au Canada, les rapports nationaux américains sur la qualité et les disparités et les rapports nationaux sur la qualité des soins de santé en Belgique et en Suède.

Outre ces rapports nationaux, les analyses comparatives de la qualité des soins de santé à l'échelle internationale sont également utiles. L'analyse comparative internationale se limite essentiellement à une comparaison des coûts et à l'utilisation des données sur les soins et la santé (taux de mortalité et espérance de vie par exemple). Toutefois, ces éléments dépendent non seulement des performances du système de santé mais également du développement économique et social. Ils ne reflètent pas suffisamment la qualité des soins fournis pour permettre de déterminer si un système est performant ou non. Les responsables de l'action publique sont ainsi privés de la possibilité d'analyser et d'évaluer l'impact de leurs mesures. Les comparaisons internationales donnent aux pays des repères par rapport auxquels ils peuvent s'étalonner. Ces données comparables à l'échelle internationale peuvent permettre d'analyser les raisons pour lesquelles le niveau de qualité des soins diffère d'un pays à l'autre.

Le projet HCQI de l'OCDE a pour principal objectif de fournir des données comparables sur la qualité des soins dans les différents pays, en mettant l'accent sur l'efficacité, l'expérience des patients et la sécurité des soins. Dans la suite de ce document sont présentés quelques instantanés des travaux HCQI dans des domaines tels que les soins primaires, les soins aigus, les soins de santé mentale, les soins aux cancéreux et la sécurité des patients.

Encadré 1. Le projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé (HCQI)

Le projet HCQI de l'OCDE a été lancé en collaboration avec les pays de l'OCDE, un certain nombre de partenaires internationaux tels que le Commonwealth Fund, le Conseil nordique des ministres avec son projet sur la qualité et l'International Society for Quality in Health Care (ISQua). Ce programme de l'OCDE collecte les indicateurs aisément accessibles sur les processus et résultats en matière de soins, et entreprend des activités de recherche et développement coopératifs dans les domaines prioritaires des indicateurs (notamment les soins primaires, la santé mentale, la sécurité des patients et les expériences des patients) tout en encourageant l'amélioration de l'homogénéité des systèmes d'information et des indicateurs à l'échelle internationale. Les données sont le plus souvent issues de bases de données administratives, de registres et de statistiques de population. Actuellement, environ 40 indicateurs de la qualité des soins de santé sont jugés appropriés pour la collecte de données internationales et ont été publiés dans des documents de travail et dans les éditions 2007 et 2009 de la publication biennale de l'OCDE intitulée Panorama de la santé (site Internet du projet HCQI, 2010). Le projet HCQI a progressé dans l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données provenant de différentes sources. Des experts internationaux examinent la qualité potentielle des indicateurs de la qualité des soins de santé à l'aide de différents critères, comme la pertinence, la validité scientifique et la faisabilité. L'élaboration d'indicateurs comprend également un processus de consultation au moyen de procédures et directives reconnues à l'échelle internationale, ainsi qu'une phase complète d'essais pilotes. Par ailleurs, des critères stricts sur la qualité des données ont été définis pour veiller à ce que la qualité des données recueillies dans chaque pays soit globalement homogène. Ces mesures sont essentielles pour garantir la validité et la fiabilité des variations observées dans la qualité des soins lors des comparaisons internationales.

Les soins primaires sont un bon point de départ pour améliorer la qualité des soins.

Soins primaires

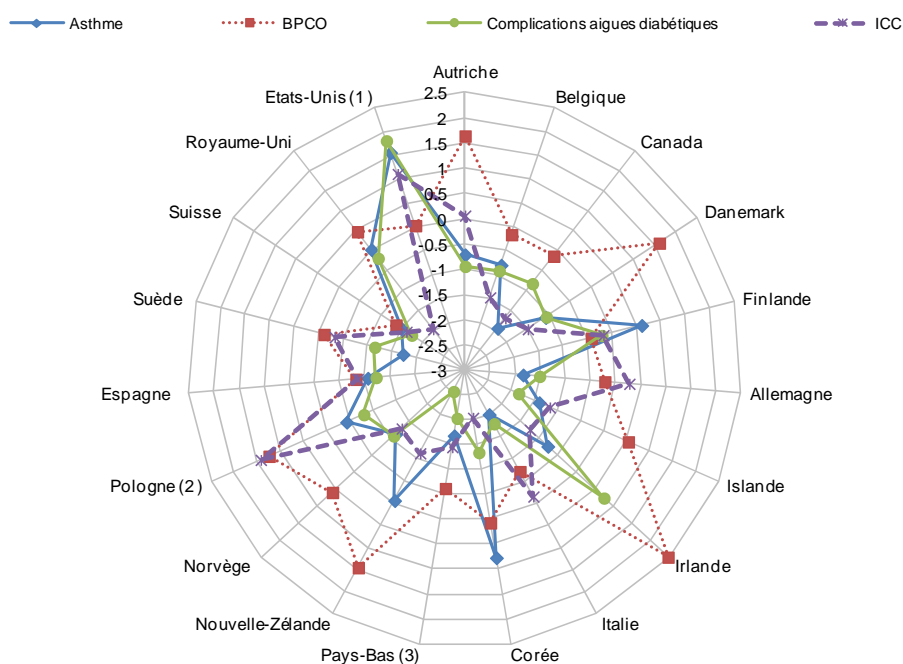
Des soins primaires de bonne qualité sont le pilier des systèmes de santé, mais la mesure des différents aspects des soins primaires est semée d'embûches, essentiellement parce que la plupart des infrastructures d'information actuelles dans ce secteur sont fragmentaires et moins développées que les bases de données administratives et les dossiers de santé électroniques disponibles pour les soins hospitaliers. Néanmoins, il existe d'excellents indicateurs des performances des systèmes de soins primaires.

Le suivi des hospitalisations évitables est un bon indicateur de la qualité des soins primaires.

Par exemple, des soins primaires de bonne qualité permettent de prévenir les hospitalisations évitables, notamment pour les maladies chroniques telles que l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque et le diabète, qui sont généralement mieux gérées dans le cadre des soins primaires. Des taux élevés d'hospitalisations non prévues pour ces maladies peuvent être le signe d'une défaillance de la prise en charge de ces patients au niveau des soins primaires.

Le graphique 1 illustre les taux d'hospitalisations 2007 pour quatre grandes maladies, exprimés en termes d'écart par rapport à la moyenne OCDE. Plus les lignes sont proches du centre, plus les taux d'hospitalisations potentiellement évitables sont bas. Des disparités importantes apparaissent. Certains pays, comme les États-Unis et la Pologne, affichent des taux relativement élevés pour l'ensemble des maladies, alors que d'autres, comme le Canada et les Pays-Bas qui mettent tous deux l'accent sur les soins primaires, présentent des taux plus faibles.

Graphique 1. Taux d'hospitalisations évitables, 2007



BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive.

ICC : insuffisance cardiaque congestive.

Note : Nombre d'hospitalisations de patients âgés de 15 ans et plus pour 100 000 habitants, taux standardisés par âge et par sexe rapportés à la moyenne OCDE. Les valeurs ont été normalisées pour faciliter l'interprétation. Les données pour l'Autriche, la Belgique, l'Italie, la Pologne, la Suisse et les États-Unis font référence à 2006, celles des Pays-Bas à 2005.

1. Les données n'excluent pas complètement les cas journaliers.
2. Les données tiennent compte des transferts d'autres hôpitaux et/ou d'autres services du même hôpital, ce qui élève marginalement les taux.
3. Les données pour l'ICC tiennent compte d'hospitalisations pour d'autres codes de diagnostic, ce qui élève marginalement les taux.

Source : Base de données de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, 2009.

L'amélioration de la qualité en milieu hospitalier peut permettre de réduire le nombre de décès par infarctus ou accident vasculaire cérébral.

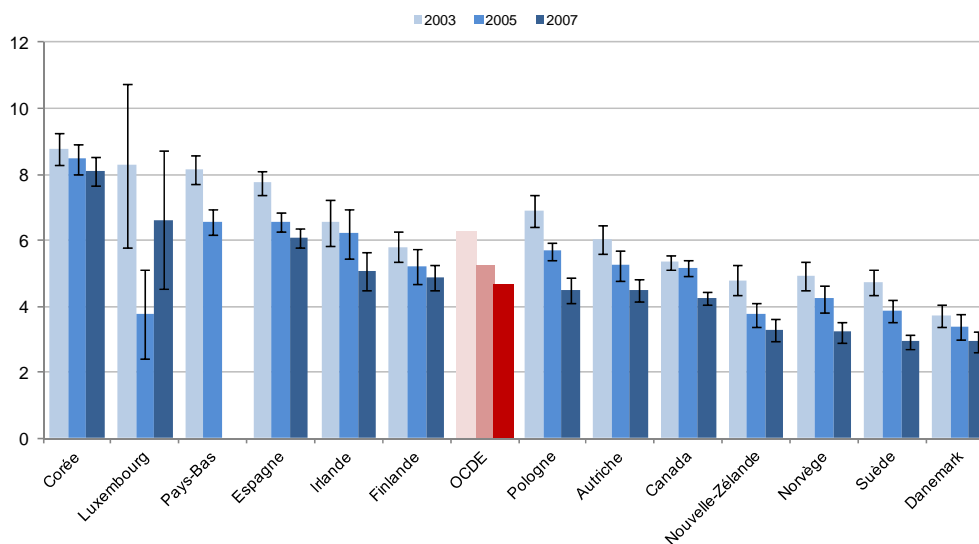
Soins aigus

Les soins aigus hospitaliers représentent la plus grande part des dépenses totales de santé des pays de l'OCDE. Les soins dispensés dans le cadre des soins aigus ont une incidence sensible sur la performance de l'ensemble du système de soins de santé. Un bon exemple : les maladies cardiovasculaires, comme l'infarctus aigu du myocarde (IAM) et l'accident vasculaire cérébral, qui sont les premières causes de décès dans la plupart des pays industrialisés et peuvent représenter jusqu'à 14 % des dépenses totales de santé. Le graphique 2 montre que le taux de mortalité après un IAM a sensiblement diminué dans les pays de l'OCDE entre 2003 et 2007, de même que le taux de mortalité après un accident vasculaire cérébral. Cette réussite est le fruit de l'amélioration des processus de soins, notamment en ce qui concerne les traitements d'urgence. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que les données laissent à penser que l'incidence de l'IAM n'a pas reculé. Les recherches menées dans de nombreux pays, dont le Canada, ont explicitement établi un lien entre l'amélioration des processus de soins et celle des taux de survie (encadré 2).

Encadré 2. Utiliser les indicateurs de qualité pour améliorer les résultats L'exemple de l'Ontario (Canada)

Face à des taux de mortalité à l'hôpital après IAM supérieurs à la moyenne en Ontario, l'Ottawa Heart Institute et ses partenaires ont décidé de prendre des mesures. Ainsi, l'Institut a réuni des représentants clés du secteur hospitalier, du secteur paramédical et du ministère de la Santé pour élaborer un nouveau protocole de soins pour l'IAM. Les facteurs essentiels pour diminuer les délais avant la prise en charge médicale, condition préalable indispensable pour réduire le taux de mortalité après IAM, sont les suivants : accès direct au centre de cathétérisme plutôt qu'aux services d'urgence pour les patients concernés et formation du personnel paramédical afin qu'il soit en mesure de reconnaître les signes d'un infarctus à partir d'un électrocardiogramme.

Graphique 2. Mortalité à l'hôpital jusqu'à 30 jours après admission après un IAM, 2003-2007 (ou période la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, 2009. Les taux par âge et par sexe sont normalisés en fonction de la population de la zone OCDE en 2005 (45 ans et plus). Les intervalles de confiance de 95 % sont représentés par H.

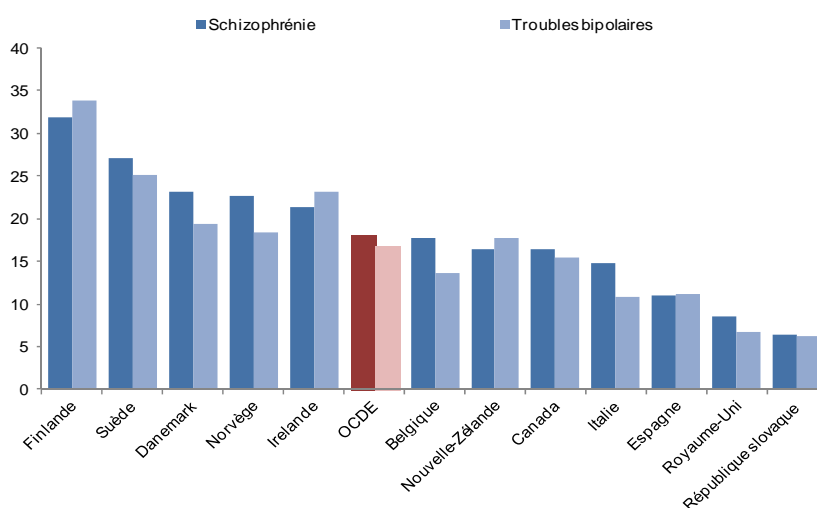
L'amélioration de la qualité des soins de santé mentale est cruciale, mais il reste beaucoup à faire pour la mesurer.

Soins de santé mentale

Les maladies mentales pèsent de manière non négligeable sur le système de santé, sur l'économie, du fait des pertes de productivité, et sur la santé des populations. La schizophrénie et les troubles bipolaires sont parmi les dix premières causes mondiales d'années perdues en raison d'incapacité. Les soins de santé mentale sont devenus une priorité des pouvoirs publics dans beaucoup de pays de l'OCDE, comme le prouvent les grandes réformes entreprises en matière de soins de santé mentale communautaires. Néanmoins, la désinstitutionnalisation des soins a rendu le suivi des malades plus difficile, peu de pays ayant une infrastructure d'information sur la santé qui permette de suivre les patients à travers de multiples cadres de soins.

Les taux de réadmissions non programmées peuvent être le signe d'une insuffisance de la coordination des soins après un séjour en hôpital pour troubles psychiatriques. Des durées d'hospitalisation plus longues, une programmation appropriée des sorties, des soins communautaires de meilleure qualité et des consultations de suivi après sortie sont susceptibles de réduire le nombre de réadmissions. Le graphique 3 révèle de grandes disparités entre pays de l'OCDE, pour l'essentiel inexpliquées, en ce qui concerne les réadmissions pour troubles bipolaires et schizophrénie dans un même hôpital. Néanmoins, cet exemple illustre l'un des problèmes rencontrés lors des comparaisons internationales portant sur la qualité des soins. Les variations présentées dans ce graphique sont probablement en partie liées à des différences dans les systèmes de documentation. Par exemple, les pays scandinaves sont en mesure de suivre les patients dans les différents cadres de soins à l'aide des identifiants uniques, ce qui leur permet de mieux identifier les réadmissions par rapport à nombre d'autres pays.

Graphique 3. Réadmissions non programmées pour troubles mentaux dans un même hôpital, 2007



Note : Les données pour la Belgique, l'Italie et la République slovaque font référence à 2006. Les données pour le Canada portent sur 2005. Les taux par âge et par sexe pour 100 patients sont normalisés en fonction de la population de la zone OCDE en 2005.

Source : Base de données de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, 2009. La moyenne OCDE est une moyenne simple non pondérée.

La qualité des soins liés au cancer s'est améliorée...

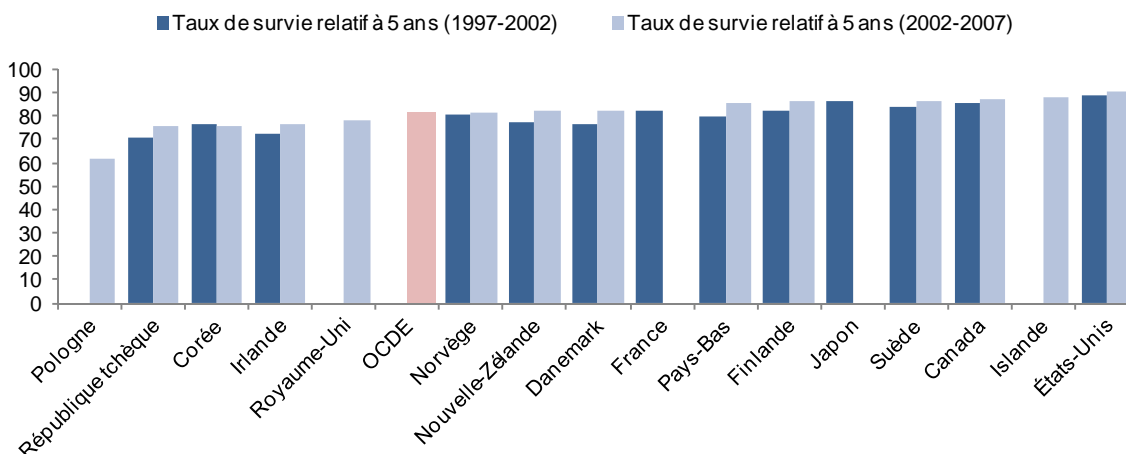
...et les premières observations laissent à penser qu'une bonne gouvernance y est pour quelque chose.

Traitement du cancer

Le cancer est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Il est à l'origine de plus d'un quart des décès dans de nombreux pays de l'OCDE. Dans la mesure où l'issue de certains cancers dépend de l'amélioration des soins de santé, les variations des taux de mortalité et de survie constituent de bons indicateurs de la qualité d'un système de santé.

Les perspectives de survie des femmes atteintes de cancer du sein se sont améliorées (voir graphique 4). Aujourd'hui, plus de 80 % des femmes diagnostiquées d'un cancer du sein (et plus de 90 % des femmes atteintes aux États-Unis) peuvent espérer une survie après cinq ans. On peut attribuer ces progrès à plusieurs éléments : programmes de filtrage de bonne qualité et normes, directives, registres, accès et continuité de service adaptés. L'importance d'une bonne gouvernance a été confirmée dans un récent travail analytique impliquant 24 pays de l'OCDE.

Graphique 4. Taux de survie relatif au cancer du sein à cinq ans, 1997-2002 et 2002-2007 (ou période la plus proche)



Note : La moyenne OCDE est une moyenne simple non pondérée.

Source: Base de données de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, 2009.

La réduction du nombre d'erreurs médicales doit être une priorité.

Sécurité des patients

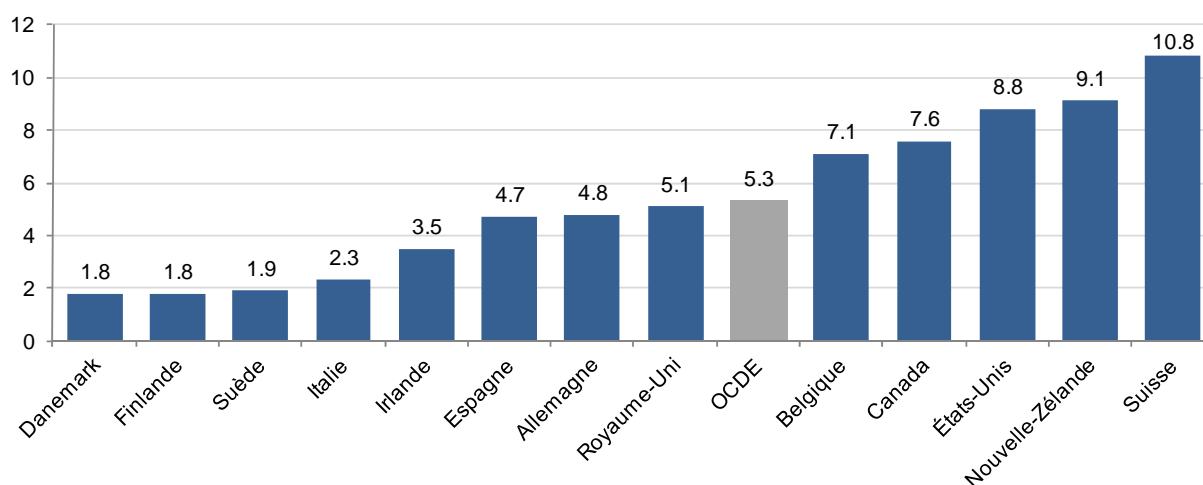
Des études ont récemment démontré que plus de 10 % des patients hospitalisés sont victimes d'erreurs médicales, dont plus de la moitié pourraient être évitées. Au vu de l'intérêt grandissant pour l'amélioration de la sécurité des soins médicaux, le projet HCQI a commencé à collecter des indicateurs de *sécurité des patients*, notamment sur l'infection du sang associée à un cathéter, l'embolie pulmonaire ou la thrombose veineuse profonde postopératoire, la septicémie postopératoire, la laceration ou piqûre accidentelle, la présence d'un corps étranger oublié lors d'une intervention et un traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse avec ou sans instrument.

Il existe de fortes variations entre pays, encore que les données souffrent de sérieuses insuffisances.

De grandes disparités de résultats sur le plan de la sécurité des patients ont été constatées entre les pays. Toutefois ces disparités ont fait naître un dilemme, ce qui se produit souvent lorsqu'on examine les données sur la qualité des soins : les disparités observées reflètent-elles des différences réelles entre les pays, ou plutôt le fait que les professionnels concernés ne sont pas tous également disposés à signaler des erreurs ou que les données ne sont pas collectées de la même façon ? Dans certains domaines, comme l'infection du sang associée à un cathéter ou la septicémie postopératoire, il n'est pas encore possible d'être certain que les disparités observées entre les pays reflètent des différences dans la qualité des soins.

Le graphique 5 montre le taux de cas de corps étrangers oubliés lors d'une intervention. La moyenne OCDE s'établit à 5.3 cas pour 100 000 et les écarts entre les pays s'échelonnent de 1 à 6. Il est difficile d'interpréter ces résultats dans la mesure où des taux élevés, s'ils sont préoccupants pour la sécurité des patients, peuvent aussi être le reflet d'un enregistrement régulier des données, motivé par des soucis de qualité. Des taux bas peuvent s'expliquer par des pratiques exemplaires en matière de sécurité des patients ou être simplement le fruit d'un mauvais enregistrement des données. Les responsables des systèmes de santé doivent aller au-delà des données brutes pour être en mesure de procéder à une interprétation fiable.

Graphique 5. Cas de corps étrangers oubliés lors d'une intervention, pour 100 000 sorties, 2007



Note : Les données du Danemark concernent l'année 2008, tandis que les données de la Belgique et des États-Unis portent sur 2006. Les cas où la fiche d'admission mentionne l'incident ne sont pas inclus dans les données canadiennes.

Source : Base de données de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, 2009.

Encadré 3. Travaux préparatoires sur l'expérience des patients

Il n'existe pas encore de données internationales fiables permettant de comparer les différents systèmes de soins de santé au niveau de l'expérience des patients. Il est de plus en plus important de saisir le point de vue des patients sur les soins de santé dans un contexte où les systèmes de santé s'emploient à mieux répondre aux besoins et aux préférences des patients. Le projet HCQI, en collaboration avec le Commonwealth Fund, vise à combler les lacunes dans ce domaine. Dans ce contexte, nous travaillons avec 21 pays de l'OCDE pour valider un questionnaire de référence sur l'expérience des patients. Le projet HCQI a mis au point un ensemble de principes pour l'élaboration d'une stratégie nationale normalisée aux fins de la mesure systématique de l'expérience des patients. Aux États-Unis, il existe une méthode de ce type baptisée CAHPS et au Royaume-Uni les résultats déclarés par les patients font l'objet d'une mesure systématique.

L'insuffisance de données comparables limite notre capacité d'améliorer la qualité des soins.

Comment obtenir davantage de données plus fiables sur la qualité des soins ?

Les décideurs publics sont très désireux de mettre en place des mesures visant à améliorer la qualité, mais leurs bonnes intentions sont souvent découragées par le manque de données, par l'absence de liens entre les fichiers ou par la qualité médiocre des données. Le tableau ci-après répertorie les principaux obstacles rencontrés.

Tableau 1. Problèmes liés à l'élaboration d'indicateurs de qualité par domaine comparables à l'échelle internationale

Soins primaires	L'infrastructure de données fait cruellement défaut dans la plupart des pays. Le codage peut être fortement influencé par le remboursement.
Soins aigus	Qualité médiocre des pratiques de codage des bases de données administratives Codage insuffisant des diagnostics secondaires et des affections présentes à l'admission Développement insuffisant des dossiers de santé électroniques
Soins de santé mentale	Absence d'infrastructure de données pour le suivi des patients en fonction des cadres de soins Manque d'indicateurs des résultats comparables à l'échelle internationale
Traitement du cancer	Manque de représentativité nationale au niveau des registres du cancer Données sur la progression du cancer non disponibles dans la plupart des pays Couplage insuffisant entre les données des registres sur le cancer et celles des bases de données administratives (bases hospitalières, par exemple)
Sécurité des patients	Manque de dossiers de santé électroniques et qualité médiocre des dossiers de santé Manque de diagnostics secondaires et de la mention « affection présente à l'admission » dans les bases de données administratives (infections et escarres, par exemple) Couplage insuffisant des données dans l'hôpital (laboratoire ou pharmacie) ou en dehors de l'hôpital (soins primaires)
Expériences des patients	Absence de systèmes de mesure nationale normalisée des expériences des patients

Il existe cinq grands types de sources d'information sur la qualité des soins.

Le projet HCQI a mis en lumière cinq grands types de sources d'information permettant d'assurer le suivi de la qualité des soins : statistiques sur la durée de vie (taux de mortalité par exemple) ; registres (registres par maladie ou par spécialité comme les registres du cancer ou des maladies transmissibles) ; bases de données administratives (bases de données hospitalières reliées aux systèmes de paiement ou bases de données pharmaceutiques sur les schémas de prescriptions) ; dossiers médicaux électroniques et enquêtes réalisées auprès de la population et des patients (sur l'expérience des patients par exemple). Chaque source d'information présente ses propres avantages et inconvénients. Ainsi, il

apparaît parfois que les données relatives aux taux de survie après un cancer, aux taux de décès par IAM ou au diabète ne sont disponibles que pour une région ou pour certaines périodes. Il est capital d'améliorer la représentativité et l'actualisation des données recueillies. Par ailleurs, en comprenant les limites des sources de données actuelles, des leçons peuvent être tirées sur la manière d'améliorer la mesure et la comparabilité des données sur la qualité des soins. La partie suivante propose une synthèse de ces leçons.

Il est possible d'améliorer l'information en utilisant un identifiant unique par patient tout en protégeant la vie privée des patients...

Créer des identifiants uniques par patient et optimiser le couplage des données

Les traitements médicaux impliquent souvent différents épisodes de soins, dispensés par différents prestataires. Bien souvent, l'élément clé n'est pas uniquement la qualité de chaque composante du système de santé mais la manière dont elles interagissent ensemble. Par exemple, une personne qui reçoit des soins aigus nécessite souvent des services de réadaptation dans un cadre distinct. Or l'une des dimensions clés de la qualité des soins consiste à savoir si ces services sont dispensés en temps utile et de manière adaptée. Les identifiants uniques par patient permettent de coupler des données, afin de suivre chaque aspect du processus de soins à long terme quel que soit le cadre de soins. L'élaboration et la mise en œuvre de systèmes de santé capables d'intégrer des identifiants uniques par patient est désormais une priorité pour de nombreux pays de l'OCDE.

...dans la mesure où ces identifiants permettraient de coupler les données sur les différents prestataires.

L'amélioration du couplage des données est particulièrement importante et utile pour les pays ne disposant pas encore d'un identifiant unique pour chaque patient, permettant de disposer d'un instrument rentable de recherche sur les services de santé. Grâce au couplage et au rapprochement des données issues de différentes sources telles que les hôpitaux et les services administratifs, on peut se faire une idée plus précise de la santé des populations, et mieux appréhender la qualité et la sécurité des soins. C'est ainsi qu'une étude couplant les données sur la santé et les données ethniques recensées parmi 4.6 millions d'individus en Écosse a mis au jour des informations importantes sur les taux d'incidence et de survie pour l'infarctus aigu du myocarde parmi les personnes originaires d'Asie du Sud.

L'accès aux données est nécessaire pour la recherche et le contrôle du bon fonctionnement du système, mais il convient de respecter la vie privée des patients.

Protection de la confidentialité des données

Les demandes visant à améliorer l'infrastructure d'information doivent être étudiées en gardant à l'esprit la nécessité de protéger la vie privée des patients. Dans les pays nordiques, les questions liées à la protection des données personnelles ont été résolues au moyen d'une législation stricte : cet exemple offre un modèle précieux à tous les autres pays confrontés aux mêmes problématiques. Les efforts visant à améliorer les systèmes d'information nécessiteront une réflexion prudente et systématique, qui devra s'appuyer sur des directives et des recommandations, des procédures opérationnelles normalisées et des essais pilotes. Les informations sont parfois recueillies qui pourraient, si elles étaient correctement analysées, améliorer la performance du

système de santé – en permettant d’identifier les prestataires de soins de faible qualité, par exemple, ou les innovations efficaces en matière de soins. Cette utilisation secondaire des données sur la santé est parfois entravée par le souci de préserver la vie privée des patients. Un équilibre est indispensable entre la protection de l’intérêt général en évitant toute violation de la confidentialité et l’accès aux données à des fins légitimes de recherche et de contrôle du système.

Il faut également améliorer la façon dont les épisodes de soins sont enregistrés et codés.

Améliorer et normaliser les pratiques de codage

En dépit des tentatives de normalisation des pratiques de codage, des disparités persistent inévitablement et nuisent à l’utilité des indicateurs de qualité des soins. Il est particulièrement important d’enregistrer correctement les affections déjà existantes, car elles permettent d’attribuer les responsabilités en cas de qualité défailante. Le programme Medicare, aux États-Unis, a commencé à appliquer ce principe en ne remboursant que les cas où le codage à l’admission était correct. D’autres pays pourraient s’inspirer de cette initiative, ce qui aurait pour effet secondaire bienvenu d’améliorer la comparabilité des données à l’échelle internationale.

Créer une infrastructure de données pour mesurer la qualité des soins n’a certes rien d’« exaltant », mais c’est une étape essentielle.

Mieux mesurer et utiliser les indicateurs de qualité des soins

L’augmentation du nombre d’indicateurs de qualité des soins et leur amélioration nécessitent plus qu’un simple accord technique entre experts : c’est une question de volonté politique et d’action publique. Dans certains pays, il est nécessaire de vérifier si l’équilibre est atteint entre les préoccupations légitimes liées à la protection de la vie privée et le besoin d’informations pour améliorer les performances des systèmes de santé. D’autres pays ont pris conscience de la nécessité urgente d’élaborer des identifiants uniques par patient et de coupler les données en provenance de différents prestataires. Dans d’autres encore, des efforts devront être consentis pour veiller à ce que les prestataires rendent correctement compte de leurs activités, afin de garantir une gouvernance efficace du système de santé. Ces mesures permettront d’améliorer l’infrastructure de données pour mesurer la qualité des soins. Il s’agit non seulement d’étapes essentielles pour améliorer la gouvernance axée sur la qualité à l’échelon national mais également de mesures impératives pour tirer des enseignements des succès – et des échecs – des tentatives d’amélioration de la qualité des soins dans les différents pays.

Les indicateurs de qualité sont rarement parfaits et doivent être manipulés avec précaution.

Comment utiliser les informations relatives à la qualité pour améliorer les soins de santé ?

Les responsables de l’action publique sont de plus en plus désireux d’apprendre à utiliser activement les indicateurs de qualité pour améliorer les performances de leurs systèmes. L’expérience a montré que les indicateurs de qualité doivent être manipulés avec précaution et l’encadré 4 propose quelques principes clés à respecter lorsque l’on a recours à ce type d’indicateurs.

Encadré 4. À manipuler avec précaution : sept principes à respecter pour utiliser les indicateurs de qualité

1. **PERTINENCE** : le choix des indicateurs de qualité doit s'appuyer sur une définition précise de leurs objectifs. Une utilisation externe (supervision, responsabilité, identification des valeurs aberrantes, choix des patients) implique des caractéristiques différentes pour les indicateurs par rapport à une utilisation interne (amélioration de la qualité). Pour l'utilisation externe, les indicateurs de qualité doivent, par exemple, être sensibles aux risques relatifs à la sécurité et à l'évolution des signaux à long terme et ils doivent faire apparaître des écarts sensibles entre les services. Pour une utilisation interne, des indicateurs de qualité plus spécifiques sont nécessaires pour mesurer les progrès accomplis et pour déclencher une action de la part des responsables et des professionnels qui souhaitent améliorer leurs services.

2. **PRÉCISION** : en dépit des progrès accomplis, la validité des indicateurs de résultats est souvent discutable. La collecte de données sur les résultats tels que la mortalité ou les complications est utile, mais il est souvent difficile de déterminer si les différences observées sont en fait liées à des écarts dans la qualité des soins. Par exemple, les taux bruts de mortalité après intervention en milieu hospitalier ont été utilisés pour évaluer si un hôpital fournit des soins de bonne ou de mauvaise qualité. Néanmoins, sans un ajustement technique pour tenir compte des complications et des comorbidités, les différences observées entre hôpitaux peuvent tenir à d'autres motifs que la qualité des soins : un hôpital peut en effet ne traiter que des patients sans complications alors que d'autres (comme les hôpitaux spécialisés) peuvent se charger des cas les plus complexes.

3. **FIABILITÉ** : la fiabilité des indicateurs de qualité dépend de la qualité des données sur lesquelles ils sont fondés. La fiabilité peut donc être préoccupante lorsque les indicateurs de qualité s'appuient sur des bases de données qui ne sont qu'indirectement reliées au processus de soins primaires et d'enregistrement des données.

4. **ATTENTION AUX INDICATEURS ISOLÉS** : la qualité des soins comporte plusieurs aspects (efficacité, sécurité, expérience des patients). Les organismes de santé spécifiques (comme les hôpitaux ou les médecins généralistes) proposent divers services au moyen d'une multitude de processus impliquant de nombreux professionnels et technologies différents. Les conclusions tirées sur tous les aspects de la qualité et tous les services sous-jacents en ne s'appuyant que sur un seul indicateur, seront, selon toute probabilité, dénuées de sens. Même un panier d'indicateurs a ses limites. Le contexte organisationnel et local doit être pris en compte pour interpréter même les indicateurs les mieux conçus.

5. **ATTENTION À LA QUALITÉ DES INDICATEURS SOUS-JACENTS** : pour surmonter les limites inhérentes à toute généralisation, de nombreux efforts ont été consentis pour élaborer des indicateurs composites permettant de synthétiser les résultats d'un ensemble plus vaste d'indicateurs sous-jacents. Même si cette démarche s'inscrit dans un souci de simplicité et de clarté, les résultats obtenus peuvent prêter à confusion. Les faiblesses des indicateurs sous-jacents sont souvent masquées et la pondération entre les différentes composantes des indicateurs n'est souvent pas fondée sur des données empiriques ou pas indiquée. Ces indicateurs peuvent donc induire une valeur quantitative qui n'est pas justifiée.

6. **SI LES CLASSEMENTS SUSCITENT L'INTÉRÊT, ILS NE SONT PAS TOUJOURS JUSTES** : les mêmes limites méthodologiques applicables à l'élaboration d'indicateurs composites s'appliquent aux classements. Les faiblesses des composantes sous-jacentes peuvent être masquées, la pondération n'est pas obligatoirement fondée sur les usagers et le classement laisse à penser qu'il existe de réelles différences entre les hôpitaux ou les pays. Or, en l'absence d'estimations de confiance calculées correctement, l'ordre de classement qui implique des différences absolues en termes de qualité entre une unité et une autre peut en fait n'être lié à rien de plus qu'au hasard. Les classements, notamment ceux qui sont publiés par des médias officiels, doivent donc être considérés avec prudence.

7. **ATTENTION AUX CONSÉQUENCES FÂCHEUSES** : dans l'ensemble, la publication d'informations sur la qualité des soins peut aboutir à une amélioration des performances. Néanmoins, la publication de données sur certains aspects des soins de santé peut avoir des effets secondaires néfastes, comme la manipulation des données ou la tricherie. Par exemple, par le passé, la publication des taux de mortalité hospitaliers a conduit certains responsables du secteur à tenter d'améliorer leurs statistiques en faisant valoir que leurs patients ne décédaient pas dans l'hôpital. Par ailleurs, si les indicateurs ciblent les maladies majeures comme le diabète et l'infarctus du myocarde, ils pourraient diminuer l'intérêt pour les maladies moins bien connues au sein des systèmes d'information et de récompense. Enfin, l'accent mis sur les résultats négatifs (sécurité, complications) doit être compensé par des informations sur les résultats positifs (amélioration du fonctionnement, survie) afin de préserver l'équilibre entre contrôle des risques et prise de risques dans le secteur des soins de santé.

Il faut mettre en place des politiques de qualité en matière de ressources, de conception, de suivi et d'amélioration des systèmes de santé.

Les indicateurs de qualité ne peuvent avoir une influence sur les performances des systèmes de santé que s'ils sont clairement reliés aux politiques et stratégies nationales visant elles-mêmes à améliorer la qualité des soins. Les politiques peuvent influencer la qualité des soins pour quatre volets des systèmes de santé : ressources, conception, suivi de la qualité et amélioration permanente (tableau 2).

Tableau 2. Comment améliorer la qualité des soins

Type de mesures	Exemples
Ressources des systèmes de santé (professionnels, organisations, technologies)	Agrément et certification des institutions de santé Octroi de licences et délivrance de titres et de diplômes pour les professionnels. Évaluation et contrôle des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux
Conception des systèmes de santé (répartition des responsabilités)	Obligations d'information, gouvernance axée sur la qualité pour les hôpitaux, les soins primaires et l'aide sociale. Concept de qualité intégré à la sous-traitance et au choix des patients.
Suivi (normes et systèmes d'information)	Normes et directives nationales. Réglementation relative à la communication publique (réglementation des registres, bases de données administratives, dossiers de santé électroniques et enquêtes auprès des patients). Études d'audit nationales.
Amélioration (structures incitatives et programmes [nationaux])	Incitations financières comme la rémunération selon la performance. Programmes nationaux sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité.

Une évaluation permanente des médecins et des hôpitaux, voire de technologies et services spécifiques, est indispensable pour garantir la qualité des ressources de tout système de santé.

Des médecins compétents, des hôpitaux performants et des technologies sûres sont autant de ressources indispensables à tout système de santé. Le temps est aujourd'hui révolu où la qualité des professionnels n'était garantie que par leur formation initiale. Tous les pays de l'OCDE ont mis en place divers mécanismes pour veiller à la qualité des praticiens : formation (médicale) continue obligatoire, programmes d'examen par les pairs et évaluation régulière des performances des professionnels. Ces mécanismes sont intégrés à la réglementation par l'intermédiaire de l'octroi de licences et de la délivrance de titres et de diplômes. Par exemple, aux Pays-Bas, tous les spécialistes sont réinscrits tous les quatre ans en fonction de leur pratique sur la période écoulée, du respect des obligations de formation continue et de l'évaluation de leurs performances *via* différentes formes d'examen par les pairs. Les indicateurs de qualité constituent un élément clé de la mesure de leurs performances.

De la même manière, la qualité des soins hospitaliers est régulièrement évaluée par le biais du processus d'agrément. Les premiers programmes d'agrément des hôpitaux ont été mis en œuvre aux États-Unis pour se répandre ensuite rapidement, par exemple au Canada, en Australie, en France, au Royaume-Uni et en Espagne. Les programmes d'agrément évaluent le respect des normes par les hôpitaux, au moyen de visites sur site réalisées par du

personnel formé. De plus en plus, entre deux visites sur site, les hôpitaux doivent également rendre régulièrement des comptes à l'organisme d'agrément sur différents indicateurs de qualité.

Des technologies ou services médicaux spécifiques peuvent également faire l'objet d'un processus d'assurance qualité. Les programmes de certification, souvent fondés sur des normes ISO, sont aujourd'hui largement répandus dans le secteur de la santé, de même que la réglementation relative à la sécurité des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux.

Une répartition précise des responsabilités en matière de qualité des soins est essentielle...

La conception des systèmes de santé détermine les responsabilités des différentes parties prenantes à l'égard de la qualité des prestations fournies. Les rôles et responsabilités en matière de qualité peuvent être attribués aux professionnels, aux autorités, aux organismes payeurs (assurance-maladie ou collectivités par exemple), aux organismes publics, aux patients et à l'ensemble de la population. Quelle que soit la nature du système de santé, les responsabilités en matière de qualité des soins doivent être attribuées et les performances doivent être transparentes. Or cela suppose de répondre à de nombreuses questions complexes : comment parvenir à un équilibre entre autonomie professionnelle et obligation de rendre des comptes ? Les dirigeants sont-ils responsables de la qualité des soins dans les organisations qu'ils dirigent ? Dans quelle mesure la qualité des soins est-elle transparente pour l'opinion publique et les patients ? Les patients peuvent-ils être tenus responsables vis-à-vis de leurs choix en matière de soins de santé ? Les organismes financiers sont-ils responsables de la qualité des soins qu'ils achètent ? Dans quelle mesure les pouvoirs publics peuvent-ils être tenus responsables de la qualité des soins ? La plupart des pays ont adopté des lois sur la qualité des soins de santé, qui répartissent les responsabilités et définissent les mécanismes connexes de reddition de comptes. Dans les pays dont les systèmes de santé sont largement régionalisés (États-Unis, Espagne, Australie, Canada, Italie), des principes généraux sont définis à l'échelon fédéral et les rapports régionaux sur la qualité des soins permettent de comparer les performances entre les différentes régions.

...de même que le suivi systématique des performances.

Les rapports régionaux et nationaux sur la qualité des soins s'appuient sur des stratégies de suivi définissant les processus concrets de mesure et de communication de la qualité des soins. Le suivi doit être fondé sur une infrastructure nationale d'information efficace. Or les difficultés rencontrées pour mettre en place un tel système ont été présentées plus haut dans le présent document. Par ailleurs, des normes et des directives nationales peuvent encadrer l'interprétation de ces mesures.

Les incitations et les programmes ciblés sur l'amélioration de la qualité du système de santé sont répandus.

Les pouvoirs publics ont de plus en plus recours à des objectifs pour améliorer la qualité des soins. Outre des incitations non financières (telles que la réputation du prestataire par exemple), des incitations financières comme les systèmes de rémunération selon la performance sont utilisés aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Corée. Les programmes nationaux, comme les programmes dédiés à la sécurité des patients ou les programmes ciblés sur l'amélioration de la qualité des soins, offrent une autre méthode à l'échelle du système pour améliorer la qualité des soins. Nombre de ces programmes s'inspirent de ceux mis en place par l'Institute for Health Care Improvement des États-Unis et des programmes de sécurité lancés par l'OMS. Des programmes nationaux sur la sécurité sont actuellement en cours en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Allemagne, en France, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Encadré 5. La rémunération selon la performance en Corée

En Corée, plus de 99 % des hôpitaux et cliniques ont recours à des processus d'échange électronique de données et le pays a mis en place un système d'identifiant unique par patient. La Corée s'est ainsi dotée de l'infrastructure nécessaire pour adopter une démarche novatrice quant à l'amélioration de la qualité des soins. Le service coréen d'examen et d'évaluation de l'assurance-maladie (HIRA, Health Insurance Review and Assessment) réalise actuellement des évaluations qualité dans 26 domaines, comme l'infarctus aigu du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, le pontage aortocoronarien, l'usage des antibiotiques à des fins prophylactiques dans le cas de huit interventions chirurgicales, l'hémodialyse, les hôpitaux psychiatriques, les établissements de soins de longue durée, huit indicateurs du volume d'interventions chirurgicales, le taux de césariennes inutiles, l'hypertension et les schémas de prescription. La publication d'indicateurs de qualité fondés sur ces évaluations s'est traduite par une amélioration notable de la qualité des soins et par une réduction des variations observées en termes de qualité. En 2007, la Corée est allée plus loin et a lancé un programme de démonstration supplémentaire sur la rémunération selon la performance. Ce nouveau système, baptisé HIRA-VIP (Value Incentive Programme), couvre 43 établissements hospitaliers spécialisés dans les soins tertiaires : il vise à mesurer leur performance dans le traitement de l'infarctus aigu du myocarde et au regard du taux de césariennes évitables. Jusqu'à présent, ce programme a eu d'importantes répercussions sur l'amélioration de la qualité du traitement de l'IAM. Le taux de césariennes a reculé légèrement. L'impact économique est considéré comme important.

L'amélioration de la qualité devrait être au cœur de tous les systèmes de santé ; il nous faut donc redoubler d'efforts pour obtenir les informations requises à cet effet.

Conclusions et recommandations

Les soins de santé présentent des avantages potentiels énormes, mais ils comportent aussi des risques importants, le principal étant celui d'une qualité médiocre puisqu'elle met en danger la vie et le bien-être de la population. Une qualité de soins médiocre compromet tous les objectifs des systèmes de santé modernes, car elle engendre une insatisfaction grandissante des patients, une mortalité prématurée, une augmentation des coûts de santé, et est susceptible d'accroître les disparités sur le plan de la santé. De nombreuses initiatives politiques prometteuses cherchent à améliorer la qualité des soins ou bien partent du principe que celle-ci est aisément contrôlable. Par conséquent, il est crucial d'encourager le suivi et l'évaluation en continu de la qualité de toutes les principales stratégies en matière de soins de santé, en mettant notamment l'accent sur les aspects clés de la qualité, à savoir l'efficacité, la sécurité et le patient en tant qu'individu. La mesure de la qualité est déterminante pour optimiser les dépenses des systèmes de santé.

Les pouvoirs publics doivent s'employer à développer une infrastructure de données adaptée.

La mesure de la qualité des soins et de son impact sur les résultats sanitaires reste une entreprise difficile et ambitieuse. Compte tenu des variations observées à l'échelle internationale en matière de qualité des données, les comparaisons des systèmes de soins de santé sont limitées. L'insuffisance des données relatives à la santé découle souvent de l'absence d'une infrastructure d'information adéquate sur la santé. L'un des principaux enseignements tirés jusqu'à présent des tentatives de collecte de données sur la qualité est qu'une telle infrastructure dépend de la volonté et l'intérêt des pouvoirs publics : les travaux techniques des experts ne suffiront pas à parvenir à un équilibre entre accès aux données et protection des données confidentielles. Un élan politique est nécessaire pour veiller à ce que les données soient codées et publiées correctement et à ce qu'elles soient reliées entre elles de manière pertinente. L'amélioration de la mesure – par exemple en encourageant le couplage sécurisé des données, l'élaboration et l'utilisation d'identifiants uniques par patient, la normalisation des pratiques de codage et le recours aux dossiers médicaux électroniques, en créant des registres nationaux et en mettant en œuvre des systèmes nationaux de mesure de l'expérience des patients – est une condition préalable indispensable à l'amélioration de la qualité des soins.

Aucun système n'est parfait : nous pouvons apprendre des succès et des échecs des uns et des autres.

En dépit des limites inhérentes aux données, on observe des disparités évidentes dans les performances des pays, aucun système de santé national n'enregistrant des performances optimales dans tous les domaines. Cette situation veut au moins dire une chose : nous pouvons apprendre les uns des autres. L'analyse des variations des taux de survie après un cancer, par exemple, montre l'importance des différentes mesures et souligne le rôle déterminant d'une bonne gouvernance du système. Il y a sans aucun doute nombre d'autres enseignements utiles à tirer, du moins si l'on est en mesure de comparer la qualité des soins de santé de manière plus systématique.

Une gouvernance axée sur la qualité est un ingrédient essentiel des systèmes de santé très performants.

Tous les pays de l'OCDE s'accordent à dire que la gouvernance axée sur la qualité devrait s'imposer comme un principe essentiel pour veiller à ce que les systèmes de santé répondent aux besoins des patients et offrent un bon rapport coût-efficacité. En intégrant les enjeux de l'élaboration d'indicateurs de qualité à leurs stratégies et politiques nationales, les pouvoirs publics peuvent améliorer les performances des systèmes de santé et la qualité des soins. Une fois qu'ils ont été pointés du doigt, des soins de piètre qualité sont généralement améliorés.

Recommandations pour la mesure de la qualité des soins de santé

- Élaborer une législation permettant d'atteindre un équilibre entre la protection de la confidentialité des données personnelles d'une part et le besoin d'informations fiables pour assurer une gouvernance fondée sur la qualité d'autre part.
- Exploiter pleinement le potentiel des registres et bases de données administratives (à l'échelle nationale) pour la mesure de la qualité des soins, notamment grâce à l'adoption d'identifiants uniques par patient, la mise en place du codage des diagnostics secondaires et l'affichage de la mention « affection présente à l'admission ».
- Améliorer l'utilisation du dossier de santé électronique (DSE) pour mesurer la qualité des soins dans le cadre des statistiques de population.
- Mettre en place des systèmes nationaux de mesure et d'enquête sur les expériences des patients, à partir de principes communs.

Recommandations pour l'utilisation des indicateurs de qualité des soins de santé

- Veiller à la cohérence et à l'interaction des initiatives de mesure de la qualité avec les politiques de qualité (nationales) centrées sur les ressources des systèmes de santé (professionnels, hôpitaux, technologies), la conception des systèmes de santé (répartition des responsabilités en matière de qualité et d'information), leur suivi (normes, directives et infrastructures de données) et leur amélioration (programmes nationaux consacrés à la qualité et à la sécurité et incitations à la qualité).
- Rechercher des exemples de bonnes performances dans d'autres pays et en tirer des leçons, le cas échéant.