

# Peut-on juger la qualité d'un hôpital d'après ses résultats ?

par Jean de Kervasdoué (Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, ancien Directeur des Hôpitaux) et Elie Arié (cardiologue, consultant en santé à la société SANESCO)

## 1 INTRODUCTION

Il ne se passe plus de mois sans que ne paraissent, dans la grande presse, des " classements des hôpitaux " ; la fréquence de ce genre de publications ne pourra que croître, car elle multiplie par dix les tirages, et elle répond à un état d'esprit consumériste qui ne pourra aller qu'en se développant.

Il ne faut pas minimiser l'impact qu'auront ces " informations " sur les décideurs et les comportements des populations.

Il nous a donc paru intéressant d'essayer de comprendre quelle pouvait être la valeur de cette démarche, et s'il en existe une autre scientifiquement plus fondée à lui opposer.

## 2 GENERALITES SUR L'ETABLISSEMENT DE REFERENTIELS DE QUALITE MEDICALE

*" La mesure constitue l'instrument de la justice sociale, de l'égalité et de la solidarité, donc il faut absolument mesurer. C'est aussi l'instrument du débat, la mesure objective de ce que l'on pense intuitivement et subjectivement (...) L'absence d'indicateur est très injuste, car ce sont la volonté de puissance, la lutte de classe et les structures idéologiques qui font les choix ; ils sont alors arbitraires et non éthiques "* (Suzanne Rameix).

Si le principe d'un classement de " qualité globale " des hôpitaux est méthodologiquement contestable, il semble possible de chercher à déterminer un ensemble d'indicateurs dont les conditions d'utilisation à des fins de comparaison soient établies sur des bases scientifiques ; ce qui implique de comparer des structures qui partagent un type d'activités et de contraintes similaires et d'analyser séparément chacun des domaines qui la constituent.

En France, les indicateurs de qualité les plus fréquemment utilisés sont :

- le volume d'activité,
- le taux de mortalité,
- l'attractivité,
- la Durée Moyenne de Séjour (DMS)

- le taux d'infections nosocomiales,
- le taux de césariennes,
- les taux d'escarres et de chutes,
- le taux d'intervention en chirurgie de jour,
- les taux de réhospitalisations non programmées dans les 15 jours suivant la sortie.

Or, ces indicateurs ne peuvent être tous mis sur le même plan, car ils mesurent des choses différentes :

- certains sont des indicateurs de procédures, d'autres des indicateurs de résultats, d'autres des indicateurs de production ;
- certains sont purement médicaux, d'autres sont médico-économiques.

C'est malheureusement un débat plus corporatiste que technique entre indicateurs de procédures et indicateurs de résultats qui pose problème en France.

En effet, la qualité des prestations d'un hôpital – comme de toute institution - ne peut être appréciée que par la comparaison des indicateurs de coûts, de procédures et de résultats avec ceux d'autres établissements, régionaux, nationaux et internationaux.

Or, le manuel d'accréditation de l'ANAES, procédure qui est censée concerner la totalité des hôpitaux publics et privés avant la fin de 2001, ne mesure que les conditions supposées nécessaires, souvent à juste titre, pour qu'existent dans certains domaines des soins de qualité : l'accréditation à la française va donc consister à contrôler uniquement des procédures et non pas des résultats. Le conseil d'administration de l'ANAES, où siègent en majorité des professionnels de santé, a refusé l'utilisation, sur le manuel d'accréditation des hôpitaux, d'indicateurs de résultats, sur le prétexte que ceux-ci, pourtant instaurés depuis des années dans d'autres pays, ne sont pas fiables.

Pourtant, des " indicateurs-cibles " de résultats sont établis, dans différents pays, à partir d'analyses statistiques et d'avis d'experts. Ces deux démarches sont indissociables pour éviter des grossières erreurs méthodologiques : à titre d'exemple, un faible taux d'escarres postopératoires peut être obtenu par l'administration préventive systématique d'antibiotiques, source d'accroissement de la sélection de germes multirésistants : un bon indicateur peut en masquer un mauvais !

Pour être accepté par la communauté scientifique, et , *a fortiori*, pour servir

d'indicateur opposable de qualité, voire de simple objectif unanimement accepté, un indicateur de qualité doit répondre à plusieurs conditions : ; il doit être :

- quantifiable,
- simple à recueillir,
- en rapport étroit avec l'action menée et non pas avec des phénomènes extérieurs,
- reproductible dans le temps et dans l'espace.

Un indicateur grossier suffit s'il est discriminant. Par exemple, pour mesurer l'efficacité des pontages coronariens des malades opérés dans tel ou tel hôpital, les premières études menées dans l'Etat de Pennsylvanie se sont bornées à constater le pourcentage de malades survivant six mois après l'intervention : simple, brutal, et discriminant, cet indicateur a révélé d'emblée d'importantes différences entre les services.

A partir de cette première approche, qui sert de " révélateur ", il est alors possible de bâtir, dans un deuxième temps, une analyse plus fine, en imaginant une grille détaillée qui va prendre en compte la qualité du séjour hospitalier, l'occurrence d'éventuelles infections, le confort de vie des malades à distance de l'intervention, etc.

A titre d'exemple, une étude récente de la SANESCO propose un module pour évaluer la qualité des soins à partir d'indicateurs simplifiés, mesurant la qualité du produit à partir de la morbidité et de la mortalité au sein des établissements sur quelques pathologies cibles issues des données PMSI :

- la morbidité hospitalière recouvre les principales pathologies, et intègre des données telles que la DMS, l'âge des patients, la discipline de l'établissement ;
- la mortalité prend en compte non seulement la mortalité intrahospitalière en cours d'hospitalisation, mais aussi l'indicateur de mortalité jusqu'à 30 jours après l'admission.

Mais, en France, nous ne disposons que de moyennes, mais pas de référentiels.

Pourtant, différentes études, notamment celles réalisées par SANESCO révèlent, pour ces moyennes, qu'il s'agisse de Durées Moyennes de Séjour (DMS), de taux d'adéquation, ou de prévalences, de forts taux de dispersion (cf. infra) ; cette hétérogénéité est une source de surcoûts sans justification médicale pour l'Assurance-Maladie.

**Les raisons générales de cette absence persistante de référentiels en France résultent sans doute de la malencontreuse combinaison entre :**

- **deux raisons anciennes :**
- **le retard méthodologique pris par notre pays,**
- **l'absence de tout critère, norme, grille d'évaluation et contrôle de la qualité des dossiers médicaux, dont l'existence n'était pas obligatoire jusqu'à une date récente (en particulier dans le secteur privé), et dont la plupart sont inutilisables pour tout travail de comparaison**
- **qu'est venue relayer une raison récente et politique : la peur du renouvellement d'une " affaire " comparable à celle du sang contaminé, tétanisant les décideurs devant toute prise de responsabilités.**

**Au niveau des professionnels de la santé, d'autres raisons contribuent à cette réticence :**

- **définir des " bons résultats " implique, *a contrario*, d'en définir de mauvais : si l'esprit d'émulation et de compétition entre équipes médicales est très développé, une certaine solidarité professionnelle tend à leur faire éviter de publier des données qui pourraient se retourner contre une partie de la profession ;**
- **publier ses mauvais résultats peut entraîner des sanctions négatives des autorités de tutelle : le taux d'infections nosocomiales d'un hôpital qui le publie, aussi faible soit-il, sera toujours supérieur à celui d'un hôpital qui s'abstient de le publier !**

**Aussi, si le projet d'évaluer la qualité des soins à partir des résultats , et non pas simplement des procédures, est à la fois innovant et capital, il s'agit :**

- **certes, d'un travail de longue haleine ne pouvant s'appuyer que sur des données aussi indiscutables que possible, car son objectif même le voue à être âprement discuté,**
- **mais aussi d'un travail qui peut être initié dès à présent, à partir d'un certain nombre d'indicateurs grossiers, fiables, faciles à mesurer, et rapidement discriminants.**

**Il est en effet parfaitement légitime – et banal dans tous les domaines économiques autres que ceux de la santé – de comparer des activités, mais aussi des résultats, d'organisations et de structures différentes, en introduisant ensuite des facteurs de pondération pour les rendre virtuellement équivalentes et pouvoir alors – mais alors seulement – porter des jugements de valeur sur les différences ainsi mises à jour.**

Afin d'illustrer les problèmes que doit résoudre la mise en place de " référentiels-cibles " de qualité des soins :

- nous prendrons l'exemple des infections nosocomiales, pour illustrer : ce qui est fait, comment l'interpréter et ce qui reste à faire ;
- nous envisagerons ensuite, les problèmes d'interprétation posés par la Durée Moyenne de Séjour, donnée pourtant simple à recueillir, indiscutable, disponible dans tous les établissements et quotidiennement utilisée par tous les décideurs ;
- puis ceux posés par une donnée également facilement disponible, celle des taux de prévalence des différentes pathologies ;
- et nous tenterons enfin de définir ce que pourrait faire, dès à présent, une Région qui déciderait d'utiliser des indicateurs de résultats pour évaluer ses hôpitaux, publics ou privés.

### **3 UN INDICATEUR PUREMENT MEDICAL : LES INFECTIONS NOSOCOMIALES**

Indicateur évident de non-qualité, puisque responsable d'environ 10 000 morts par an en France (soit plus que les accidents de la route), il n'a commencé à être réellement pris en compte qu'à partir du drame du sang contaminé, en dépit de multiples publications et études antérieures.

#### ***3.1 Les données existantes***

Elles figurent dans le site Internet du Ministère de la Santé , rubrique Direction Générale de la Santé (DGS).

#### ***3.2 Signification des différences des taux interhospitaliers***

Ces taux sont fortement dépendants de plusieurs éléments, en sachant qu'il existe des taux minimaux incompressibles dans tout hôpital, et même dans toute collectivité :

- la qualité du recueil : la meilleure façon d'avoir des taux très bas est de ne pas recueillir l'information ; aux Etats-Unis, la loi protège l'anonymat des établissements qui recueillent ces informations dans le cadre du programme national de lutte contre les infections nosocomiales ;
- les caractéristiques des patients pris en charge dans l'établissement, comme l'indiquent les données de la DGS : les taux d'infections nosocomiales sont beaucoup plus élevés chez les patients fragiles (cancérologie, réanimation : de l'ordre de 30 %) que chez les patients physiquement sains (psychiatrie : de l'ordre de 2 %) ;
- et, par conséquent, la nature de la structure étudiée ;

- la définition du caractère " acquis " d'une infection, le recul dépendant du type de pathologie (1 an dans le cas de prothèses de hanche), ce qui implique un suivi largement au-delà de la date de la sortie et son enregistrement sur des supports complémentaires au PMSI.

### ***3.3 Construire et utiliser un référentiel-cible pour les infections nosocomiales***

Comme nous l'avons vu plus haut, pour améliorer cet indicateur comme bien d'autres, nous nous sommes malheureusement concentrés, en France, sur l'analyse des seules bonnes pratiques ; or, seule la généralisation immédiate, dans tous les établissements, d'indicateurs de résultats fondés sur des méthodes simples et reproductibles peut produire un effet durable, parce que simple et prévisible. Pour atteindre ce résultat, il semble nécessaire d'utiliser une taxonomie simple et détaillée par agent et localisation, telle que la classification du *Center for Disease Control* d'Atlanta. Mais la difficulté et l'intérêt de ce thème proviennent du fait qu'il concerne tout l'hôpital, et tout le personnel de l'hôpital, ainsi que les patients et les visiteurs. Les départements d'information médicale devraient donc rédiger un rapport, au moins mensuel, et construire un tableau de bord permanent par service, type de malades et d'infections : seuls la conjonction d'outils précis et fiables, leur analyse continue et l'accessibilité des données doivent permettre de dénouer la chaîne de causalité complexe qui conduit à l'infection d'un type précis de malades, et de comprendre pourquoi les taux et la nature de ces infections varient :

- dans le temps, à l'intérieur d'un même service,
- dans l'espace, d'un service à l'autre.

**Les infections nosocomiales dépendent, en effet, toutes choses égales par ailleurs, des pathologies traitées par l'hôpital :** un hôpital comportant 20% de lits de psychiatrie aura nécessairement moins d'infections nosocomiales qu'un hôpital n'en comportant que 2%. Compte tenu de ce que l'on sait sur la fréquence des infections nosocomiales selon les pathologies hospitalisées, toute interprétation d'une différence constatée doit amener à construire des " Groupes Homogènes d'Hôpitaux " , en introduisant des indices de pondération par pathologie.

**Un taux global d'infections nosocomiales n'a pas beaucoup de signification :** afin que les professionnels de santé acceptent de s'impliquer dans ces procédures sans en redouter des sanctions négatives injustifiées, il importe d'établir des échelles de gravité des infections nosocomiales : les cas d'une épidémie de varicelle bénigne et ceux d'une épidémie de médiastinites postopératoires parfois mortelles ne peuvent pas être additionnés.

La même démarche devra être adoptée pour tous les référentiels – cibles à bâtir, surtout s'ils sont appelés à devenir un jour opposables.

## **4 LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR (DMS)°**

Souvent considérée comme une donnée purement comptable, il s'agit, en fait, d'un indicateur multifactoriel très complexe, puisque dépendant :

- de décisions purement médicales (ce sont les médecins qui décident que l'état d'un patient ne justifie plus son séjour à l'hôpital) ;
- du contexte géographique et stratégique de l'hôpital : (existence ou non, de différentes structures permettant d'envisager une sortie plus rapide du patient sans compromettre sa sécurité : réseaux formalisés ville-hôpital, appartenance à un réseau hospitalier de soins gradués, lits d'hospitalisation à domicile, degré de saturation des établissements voisins de soins de suite et de moyen séjour, etc.) et de la qualité de ses assistantes sociales ;
- des caractéristiques sociales de ses patients, différentes études ayant montré que les DMS ont tendance à être plus longues lorsque les conditions de précarité et d'isolement des patients rendent difficile leur prise en charge après leur sortie de l'hôpital.

### **4.1 La DMS est-elle un indicateur de qualité ?**

#### **4.1.1 Une étude**

réalisée à l'Ecole de Santé Publique de l'Université du Michigan (Hôpital Ann Arbor) a cherché à répondre à la question :

- des durées réduites des DMS sont-elles en rapport avec des sorties prématurées liées à des incitatifs financiers d'économies de ressources ?
- ou des durées prolongées de DMS sont-elles en rapport avec des mauvaises qualités des soins entraînant davantage de complications ?

Cette étude valide la 2ème hypothèse : dans tous les 13 GHM différents qui ont été analysés, ce sont les cas qui ont été jugés par un groupe d'experts extérieurs à l'établissement comme ayant reçu des soins de mauvaise qualité qui sont restés hospitalisés le plus longtemps.

#### **4.1.2 Par contre, une autre étude,**

comparant les taux de mortalité des hôpitaux de la côte Ouest et de la côte Est des Etats-Unis, a montré que les patients hospitalisés dans la côte Est avaient un taux de mortalité inférieur de 45% à ceux de la côte Ouest, avec une DMS trois fois inférieure (8,6 jours/ 24,5 jours), mais l'analyse des taux de mortalité à 30 jours après leur entrée à l'hôpital montrait des taux de mortalité identiques. La différence de mortalité hospitalière était due à un artefact

statistique lié à des politiques de sortie différentes, effet gommé par la prise en compte des morts survenues à l'extérieur de l'hôpital : plus le séjour est court, plus le taux de mortalité intrahospitalière risque d'être faible, et moins il a de sens.

#### **4.1.3 Ainsi, ces études**

ne permettent pas d'induire que les variations brutes inter-hospitalières de DMS peuvent constituer un indicateur de mauvaise qualité des soins, compte tenu des différents autres facteurs qui peuvent les influencer au niveau de chaque hôpital, et qui doivent également être intégrés à l'analyse.

On peut en conclure que, pour une pathologie donnée, une DMS plus longue que la moyenne est un indicateur devant faire rechercher si elle correspond, ou non, à une mauvaise qualité des soins : il s'agit certainement d'un signal d'alarme, devant faire procéder à une enquête, mais seule cette dernière permettra d'en tirer des conclusions sur la qualité des soins.

Pour cela, la comparaison des DMS de différents établissements doit être :

- précédée par un classement préalable par pathologies, et en y intégrant les alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour, hospitalisation à domicile) ;
- complétée par des données telles que :
- l'analyse des taux de réadmission, programmés ou non programmés ;
- les habitudes et possibilités de transferts précoces dans des établissements de soins de suite pour les différentes pathologies ;
- l'analyse des caractéristiques sociales des patients.

#### **4.2 Comparaisons internationales des DMS par pathologies**

Aux difficultés d'interprétation des comparaisons inter-régionales, s'ajoutent des difficultés spécifiques qu'il faut surmonter pour procéder à des comparaisons internationales, pourtant indispensables si l'on souhaite tirer des conclusions crédibles à partir des comparaisons de l'évolution de cet indicateur dans le temps et dans l'espace.

L'analyse détaillée des DMS moyennes et des coûts moyens par DRG (Disease Related Groups) aux Etats-Unis démontre que le regroupement des pathologies par GHM (Groupes Homogènes de Malades) n'est pas le même qu'en France : pour procéder à une comparaison, tout établissement français de soins doit se livrer à un travail préalable (à usage purement interne)



d'homogénéisation de ses GHM avec les DRG des Etats-Unis.

Compte tenu de l'ampleur de la tâche, ce travail pourrait se limiter aux 40 principales pathologies hospitalisées en France en 1997 ; en fait, tout établissement de soins devrait d'abord déterminer quelles sont les 40 GHM les plus fréquents chez lui, et qui ne sont pas nécessairement les mêmes, car (cf. infra) il peut exister des particularités épidémiologiques régionales.

## **5 COMPARAISONS INTER-REGIONALES DES TAUX DE PREVALENCE PAR PATHOLOGIES**

### **5.1 Les données**

*A titre d'exemple, la comparaison entre 3 régions pourtant voisines (Poitou-Charentes, Aquitaine et Limousin) met en évidence des différences significatives des prévalences par pathologie, certaines présentant des variations supérieures à 30% entre les régions.*

### **5.2 Interprétation**

*Les variabilités entre les régions s'expliquent selon les pathologies :*

- *pour les dialyses : par un équipement différent ;*
- *mais pour d'autres pathologies, il n'en est pas de même.*

*Pour certains CMD (Catégories Majeures de Diagnostic) et certains GHM, il ne semble pas qu'il y ait une induction de la demande par l'offre. C'est ainsi que les fractures du col du fémur sont strictement proportionnelles à la structure par âge et par sexe des Etats américains mais aussi des régions françaises. En revanche, même à un niveau d'agrégation important qui est celui des CMD, les variations sont importantes, parfois explicables par une épidémie comme celle du VIH, parfois sur l'existence d'équipements (dialyse) ou d'équipes (transplantation) de chirurgie cardiaque, il reste toutefois un nombre important de CMD et a fortiori de GHM dont les variations sont aujourd'hui incompréhensibles par référence à la notion de " besoin ".*

*Pourquoi opère-t-on plus de deux fois plus de la cataracte en Aquitaine que dans le Limousin ou en Poitou-Charentes, alors que l'ardeur du soleil y est comparable ? Les questions restent sans réponse épidémiologique même si l'économiste fait l'hypothèse que ces variations sont dues au nombre de professionnels de la spécialité concernée. Quel est le " bon " nombre de cataractes, celui de l'Aquitaine ou celui du Limousin ? Nous sommes à ce stade dans l'incapacité de dire s'il y a sur ou sous-consommation, mais soulignons que ces interrogations ne peuvent pas rester éternellement sans réponses.*

*Cette approche modifie donc la conception de l'équité.*

***A l'évidence certaine, dépenses hospitalières correspondent à une demande de soins stable d'une région à l'autre. Pour d'autres, les dépenses devraient suivre les malades (VIH), pour d'autres encore, il faudrait après analyse médicale, déterminer s'il y a ou non sur ou sous- consommation médicale afin de déterminer une demande potentielle qui ne soit pas trop influencée par l'offre, et donc instaurer pour celles-là d'abord une évaluation des pratiques cliniques.***

***Ensuite il sera possible, à l'intérieur de chacune de ces catégories, d'approfondir par CMD, voir par GHM les plus fréquents les questions que nous avons soulevées.***

***Cet exemple démontre bien qu'une simple comparaison des différences inter-régionales des taux de prévalence par pathologies ne peut être interprétée sans une analyse fine d'un grand nombre de paramètres susceptibles de les influencer, sous peine de retirer à ce simple " indicateur d'alerte " toute signification.***

## **6 EN PRATIQUE, QUE FAIRE ?**

***Sans attendre le " grand soir de la loi sur les indicateurs de qualité ", qui ne viendra sans doute jamais, toute Région décidant d'aller de l'avant peut bâtir 3 ou 4 indicateurs de qualité régionaux, en mettant en œuvre une démarche en quatre étapes successives :***

- se situer dans le temps et dans l'espace ;***
- choisir les indicateurs à mesurer ;***
- interpréter les données recueillies ;***
- préparer l'avenir.***

### **6.1 Première étape : se situer dans le temps et dans l'espace**

***La DRASS doit publier systématiquement, année après année, les prévalences et les incidences des différents GHM de tous les établissements hospitaliers additionnés de la Région, et comparer :***

- leur évolution dans la Région concernée dans le temps ;***
- ces chiffres à ceux des autres Régions de France.***

### **6.2 Deuxième étape : quels indicateurs choisir ?**

***Le choix des 3 ou 4 indicateurs-cibles à bâtir ne doit pas se faire au hasard ; il***

***pourrait s'inspirer des critères ayant dicté les choix des thèmes d'évaluation de pratiques professionnelles et d'amélioration de la qualité des soins dans les hôpitaux ; car si l'objectif n'est pas le même, il existe évidemment un lien étroit entre les indicateurs de la qualité des résultats et ceux de la qualité des procédures, la première ne pouvant être atteinte que grâce au respect de la deuxième.***

### ***6.2.1 Les critères de sélection les plus fréquemment retrouvés***

***Il convient de privilégier :***

- les problèmes importants de Santé Publique : grande prévalence et/ou incidence et/ou gravité ;***
- les problèmes économiques importants : coût unitaire faible mais grand volume d'actes conduisant à une dépense globalement élevée, ou coût unitaire élevé (même pour un nombre d'actes limité) ;***
- les techniques et thérapeutiques nouvelles (moins risquées que les techniques existantes ou susceptibles d'améliorer la qualité de vie ou de réduire les coûts sans réduire la qualité) ;***
- la mise en route d'une procédure technique ou thérapeutique validée, surtout si elle est coûteuse et/ou risquée ;***
- les problèmes de gestion du risque ;***
- les questions faisant l'objet d'un faible consensus scientifique et/ou d'une controverse se manifestant par des variations significatives des pratiques cliniques et/ou des coûts des prises en charge ;***
- les points pour lesquels a été identifié un décalage des pratiques cliniques par rapport aux données scientifiques.***

### ***6.2.2 Les thèmes les plus fréquemment sélectionnés.***

***Sollicitée par l'ancienne ANDEM, aujourd'hui ANAES, la Commission d'Accréditation des organisations de santé aux USA a indiqué les thèmes et disciplines au sein desquels l'amélioration doit prioritairement se développer :***

- les soins péri-opératoires,***
- les soins obstétricaux,***
- la cardiologie,***
- la cancérologie,***

- *la traumatologie,*
- *le contrôle infectieux,*
- *le bon usage des médicaments.*

*Pour le Docteur J. Clinton, ancien Directeur de l' " Agency for Health Care Policy*

*and Research ", les thèmes prioritaires devraient être :*

- *les études des causes de décès à l'hôpital ;*
- *les infections nosocomiales ;*
- *les motifs des réhospitalisations ;*
- *la traumatologie ;*
- *l'iatrogénèse.*

*Ces thèmes sont davantage orientés sur le caractère approprié de l'utilisation des ressources (motifs de réhospitalisations), rejoignant, par là, les décisions antérieurement prises par les organisations américaines les plus connues (Professional Standard Review Organisations, Peer Review Organisations).*

*C'est en s'inspirant de ces quelques critères et exemples que les tutelles et les praticiens du CHU, des CHR et des cliniques de la Région devraient choisir un nombre limité d'indicateurs de qualité, adaptés aux problèmes épidémiologiques ou économiques locaux spécifiques et susceptibles de recueillir l'accord de la majorité des personnels administratifs, médicaux et paramédicaux.*

**6.3 Troisième étape : méthodologie pour l'interprétation des données recueillies**

*Après avoir décelé des différences significatives dans les indicateurs choisis, un travail permettant la pertinence des comparaisons ultérieures doit être effectué, consistant à :*

- *" homogénéiser " les différents établissements pour les rendre comparables, à partir d'un outil statistique permettant de les caractériser par une analyse de données multicritères : GHM, organisation du plateau technique, environnement socio-démographique, appartenance à des réseaux gradués,*
- *intégrer des indicateurs de structures et de procédures (part des antibiotiques gérés en dispensation nominative, part des chimiothérapies préparées par la pharmacie...),*

- **soumettre alors les " indicateurs de résultats pondérés " à des experts des CHU régionaux et parvenir alors à des objectifs-cibles déterminés en consensus par la profession et ainsi acceptés par elle.**

#### **6.4 Quatrième étape : l'avenir à long terme : les tableaux de bord de qualité médicale.**

**Il faut reconnaître qu'il n'existe à ce jour aucun indicateur susceptible de rendre compte de la qualité globale d'un établissement, dans la mesure où la plupart sont spécifiques d'une pathologie ou d'une activité.**

**Toutefois, l'expérience du Maryland mérite d'être citée comme objectif qui pourrait être atteint à long terme, lorsque la maîtrise de l'élaboration d'indicateurs-cibles aura été acquise.**

**Le Maryland Quality Indicator Project a été initié en 1985 par une association créée à cet effet ; il est financé par des associations professionnelles, les hôpitaux adhérents au projet, et des fonds distribués par une fondation privée.**

**A partir de 15 indicateurs de qualité validés (tels que : taux global de césariennes, infections nosocomiales, taux de réadmissions non prévues dans les 31 jours après la sortie, etc.) , l'association a créé un logiciel destiné à la transmission des informations fournies par les établissements, à partir desquels est produit un rapport trimestriel pour chaque hôpital ; celui-ci reçoit un récapitulatif de ses propres données, avec des éléments de comparaison extraits de la base de données générales, présentés par indicateur de qualité et par nombre de dossiers ; les hôpitaux peuvent utiliser les indicateurs comme " sentinelle " et doivent entreprendre une enquête lorsqu'une discordance est mise en évidence.**

## **7 CONCLUSION**

**On voit donc bien qu'un indicateur de résultat, pour utiliser une image médicale, ne peut être qu'un test de dépistage, pas un test diagnostique : mais que les tests de dépistage sont indispensables.**

**Il n'y aura jamais un " Guide Michelin des hôpitaux ", même si chacun d'entre nous, quoi qu'il en dise -et les médecins les premiers- , dès qu'il doit être hospitalisé pour une affection un peu sérieuse, se pose aussitôt la question : " C'est qui, le meilleur ? ". Mais la seule façon d'éviter la prolifération de " guides Michelin sauvages " consiste à établir des indicateurs de résultats, à expliquer ce qu'on peut en tirer et ce qu'ils ne peuvent pas dire.**

**Fouché et Talleyrand boivent de l'armagnac ; Fouché s'apprête à faire " cul sec " ; Talleyrand s'indigne : " Ce n'est pas comme ça qu'on doit faire ! D'abord, on le mire, on le hume, on le fait tourner, etc. ". Fouché s'impatiente : " Bon, et maintenant, on le boit ? " . Et Talleyrand : " Non : maintenant, on en**

***parle "***