



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Synthèse bibliographique
pour l'élaboration d'un guide
méthodologique sur la diffusion publique
des résultats d'indicateurs de qualité et
de sécurité des soins**

Mars 2011

SOMMAIRE

1. Qu'entend-on par « Qualité et sécurité des soins » ?	
Pourquoi est-il important de la mesurer ?	4
1.1. Qu'entend-on par « Qualité et sécurité des soins » ?	4
1.2. Pourquoi est-il important de la mesurer ?	4
2. Quel est l'objectif de la diffusion publique ?	5
2.1. Qu'entend-on par diffusion publique ?	5
2.2. Quels sont les objectifs de la diffusion publique ?	5
2.3. Comment la diffusion publique peut-elle influencer sur le comportement des usagers et des professionnels ?	5
3. Quelles sont les caractéristiques des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à utiliser pour la diffusion publique ?	6
3.1. Quelles sont les qualités générales requises pour un indicateur de qualité et sécurité des soins ?	6
3.2. Quelles sont les thématiques à privilégier pour la diffusion publique d'indicateurs ?	7
3.3. Quelles sont les conditions à respecter en fonction du type d'indicateurs (structures, processus, résultats, etc.) utilisés pour la diffusion publique d'indicateurs ?	8
3.4. Quelles sont les conditions à respecter en fonction du caractère obligatoire ou volontaire de la participation ?	11
4. Comment présenter les données ?	11
4.1. En préambule	11
4.2. Le type d'informations présentées	13
4.3. La place des scores composites ou synthétiques	19
4.4. Le concept d'ajustement	19
4.5. Les possibilités de comparaison au cours du temps	20
4.6. Les aides à la compréhension et à la décision	20
4.7. La validation et l'actualisation des données	21
4.8. Les différents supports de diffusion	21

5. Comment impliquer les différents partenaires dans l'élaboration du programme de diffusion publique ?	23
5.1. Une élaboration en collaboration avec les professionnels concernés et les associations de malades ou d'usagers	22
5.2. Des tests de compréhension auprès des usagers.....	23
5.3. Une check-list avant le développement.....	23
6. Quels sont les écueils possibles de la diffusion publique ?	24
6.1. Les différents écueils	24
6.2. Comment s'en prémunir ?	25
7. Évaluation de l'impact de la diffusion publique auprès des usagers.....	25
7.1. Évaluation de l'accessibilité aux données	25
7.2. Évaluation de la satisfaction des utilisateurs	25
Recherche documentaire	26
Bibliographie	28

1. Qu'entend-on par « Qualité et sécurité des soins » ? Pourquoi est-il important de la mesurer ?

1.1. Qu'entend-on par « Qualité et sécurité des soins » ?

Avant de sélectionner les indicateurs, il est nécessaire de donner une définition simple et compréhensible par tous de ce qu'on entend par « Qualité » (1). C'est un pré-requis pour convaincre les usagers d'utiliser les données diffusées publiquement.

Les usagers auraient tendance à réduire le champ de la qualité, notamment aux aspects relationnels avec les professionnels de santé (1), ou à la qualification des médecins, à la possibilité de choisir son propre médecin, aux coûts et à l'accessibilité (2,3). Les usagers auraient également tendance à considérer comme peu important les éléments qu'ils ne comprennent pas (2).

Le cadre de la qualité doit reposer sur des concepts simples, mais intégrant la sécurité, l'efficacité et la réponse aux attentes des patients (3). Les leaders d'opinion ont un rôle important à jouer pour élaborer ce cadre conceptuel (2). Si différents concepts ont été décrits, il est possible de simplement résumer la qualité des soins par six dimensions ; pour être de qualité, les soins délivrés doivent être sûrs, efficaces, délivrés en temps opportun, centrés sur le patient, efficaces et équitables. La définition doit éviter les termes techniques et spécialisés.

Une définition simple de la qualité a été proposée par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (1,4), à partir des travaux d'Hibbard. Elle a été testée avec succès auprès d'usagers :

- « soins dont on a apporté la preuve qu'ils fonctionnaient » (efficacité) ;
- « soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients » (soins centrés sur le patient, soins donnés en temps opportun et équité) ;
- « soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages » (sécurité).

La HAS définit la qualité comme comportant 3 dimensions complémentaires : l'efficacité, la sécurité, et l'accès aux soins (ESA).

1.2. Pourquoi est-il important de la mesurer ?

La moitié des Américains pense qu'il n'existe pas de réelles différences de niveau de qualité entre hôpitaux ou praticiens (5). Il est donc nécessaire d'expliquer aux usagers qu'il existe une réelle variation du niveau de qualité entre établissements (6). Ils attacheront plus d'importance à la diffusion de ces informations s'ils savent qu'il existe un risque pour eux dans certains établissements (3).

Le niveau de qualité des soins dépendant en partie du respect des recommandations de bonne pratique, le concept d'« evidence based medicine » doit également être expliqué aux usagers (1,7).

2. Quel est l'objectif de la diffusion publique ?

2.1. Qu'entend-on par diffusion publique ?

La diffusion publique peut être définie comme la mise à disposition du public de mesures objectives et de données sur la performance (8), quelque soit le niveau d'analyse (établissement, pôle, service, professionnel de santé) et quelque soit le niveau de diffusion (national, régional, local).

2.2. Quels sont les objectifs de la diffusion publique ?

Les objectifs principaux de la diffusion publique sont au nombre de deux dans le cadre de la politique de démocratie sanitaire (1,6,9) :

- promouvoir une plus grande transparence et accroître ainsi le niveau d'information des usagers (« voice ») ;
- mettre en lumière les variations de la qualité des soins entre prestataires afin d'accroître la participation des usagers à leurs soins (« choice »).

Le but ultime des stratégies de diffusion publique des indicateurs de qualité n'est pas toujours explicité, mais il apparaît évident : ces stratégies visent à promouvoir la recherche de l'efficacité et de l'efficience du système sanitaire, par une amélioration continue de la qualité des soins (1,6,9,10).

En France, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a institué une obligation de diffusion de certains indicateurs de qualité et de sécurité des soins fondamentaux. L'enjeu est de disposer d'un système d'information partagé qui puisse être à la disposition de tous : les usagers du système de santé, les professionnels des établissements et des institutions de santé, les tutelles (11).

2.3. Comment la diffusion publique peut-elle influencer sur le comportement des usagers et des professionnels ?

Différents mécanismes d'action potentiels ont été décrits pour expliquer l'impact possible de la diffusion d'informations relatives à la qualité des soins (3,4,12-14) :

- une action directe sur l'utilisateur lui permettant de prendre les meilleures décisions concernant sa santé en choisissant l'établissement dispensant des soins de meilleure qualité ; en effet, la diffusion amène une meilleure connaissance du concept de qualité par les usagers, ce qui les conduit à une plus grande exigence en matière de qualité des soins ;
- une action sur les établissements de santé par une augmentation de la compétitivité et une plus grande motivation à gagner ou regagner leurs patientèles ou parts de marché ;
- une action sur les professionnels de santé, motivés par l'amélioration de la qualité pour protéger la réputation de leur établissement.

Pour l'utilisateur, l'utilisation de données comparatives pour réaliser un choix nécessite normalement de respecter les étapes suivantes (13) :

- capacité à interpréter correctement les données ;
- capacité à identifier les facteurs importants pour réaliser le choix ;
- pondération des facteurs en fonction de ses besoins et de ses valeurs ;
- réalisation d'un compromis ;
- prise en compte de tous les facteurs ensemble pour amener au choix.

En pratique, dans le domaine de la santé, il a été montré que face à une décision complexe, les usagers ont tendance à ne pas être rationnels et à utiliser plutôt leur intuition pour guider leur choix (10). Ils se basent sur leurs expériences passées et sont influencés à la fois par leurs attentes et leurs craintes, mais aussi par l'avis des autres, particulièrement ceux en qui ils ont confiance (15). Les usagers préfèrent en effet avoir des informations soit de leur propre médecin, soit d'une source indépendante, objective et bien informée (1).

À ce jour, les données issues de la diffusion publique semblent être peu utilisées par les usagers. Les raisons invoquées par ces derniers sont les suivantes (16) :

- difficulté à comprendre les informations ;
- désintérêt pour les informations présentées ;
- manque de confiance dans les données ;
- manque d'accessibilité des données (et manque de temps pour le faire) ;
- manque de choix.

3. Quelles sont les caractéristiques des indicateurs de qualité et de sécurité des soins à utiliser pour la diffusion publique ?

3.1. Quelles sont les qualités générales requises pour un indicateur de qualité et sécurité des soins ?

Les indicateurs choisis pour la diffusion publique doivent permettre de répondre au but ultime de cette stratégie : l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins en interne (17). Du point de vue des professionnels viennent en premier les indicateurs qui ont été recommandés par les instances nationales (donc validés), puis ceux qui répondent aux besoins stratégiques des établissements (indicateurs de résultats, de coûts et de satisfaction des patients), et enfin ceux qui ont été développés en interne pour mesurer et améliorer la qualité des soins (18).

Les indicateurs doivent répondre aux qualités métrologiques habituelles : être valides (lien avec la qualité), communicables, efficaces (mesurant ce qu'ils sont censés mesurer), fiables, reproductibles (dans le temps ou dans les mêmes circonstances), reposer sur des données objectives, disponibles en routine ou à moindre coût, indépendants d'autres mesures (ou ajustés), interprétables, comparables, sensibles au changement et permettant des actions d'amélioration (2,19-22).

Plus récemment, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) a proposé d'autres critères de qualité pour retenir des indicateurs de processus cliniques dans le cadre d'une diffusion nationale ayant notamment pour objet le paiement à la performance (23) :

- une mesure de la qualité doit permettre une amélioration des résultats de soins ;
- les mesures doivent reposer sur le meilleur niveau de preuve possible (et donc respecter les principes de l'evidence-based medicine) ;
- la mesure doit concerner un processus proche du résultat souhaité ;
- les mesures de processus ne doivent pas avoir de conséquences inattendues et adverses.

De mauvaises qualités métrologiques peuvent avoir des conséquences dans l'interprétation des résultats des indicateurs (19).

Toutefois, dans l'objectif de diffusion publique, les indicateurs doivent d'abord être choisis pour aider les patients et le public à prendre des décisions éclairées (où aller pour se faire soigner ?) (17). Il peut donc apparaître nécessaire de chercher un équilibre entre rigueur scientifique et pragmatisme. Diffuser des informations trompeuses peut être dangereux, mais attendre des mesures parfaites de la qualité n'est pas une bonne solution (18).

Pour sélectionner les mesures, il est nécessaire de combiner la recherche de la preuve et l'opinion d'experts (avec recherche de consensus). Des méthodes aident à améliorer la validité apparente et la validité de contenu des indicateurs (22).

3.2. Quelles sont les thématiques à privilégier pour la diffusion publique d'indicateurs ?

Les thématiques sont variables en fonction de la cible :

- pour les usagers, les indicateurs plébiscités sont en premier lieu les indicateurs portant sur la satisfaction ou l'expérience, puis les indicateurs portant sur des « événements souhaités » (réalisation d'un examen ou d'un traitement quand il est approprié), et en dernier les indicateurs d'événements indésirables (24,25) ;
- pour les professionnels (notamment les leaders d'opinion et les seniors), les indicateurs doivent avant tout concerner des problèmes cliniques importants (6) ;
- la presse trouve beaucoup plus d'intérêt à diffuser des indicateurs négatifs (« *bad news are good news* ») (26).

Les indicateurs actuellement diffusés publiquement le sont de manière opportuniste, reposant sur des données déjà disponibles (27). Ces indicateurs sont cependant en nombre trop restreint et assez éloignés des préoccupations des patients. Ils doivent être complétés par d'autres indicateurs, car les usagers souhaitent une information en lien avec leur pathologie ou leur situation clinique, afin de connaître les risques auxquels ils seront exposés (10,28). Il est étonnant de constater qu'il existe plus de mesures concernant des pathologies d'urgence (infarctus, pneumopathie, accident vasculaire cérébral) que de mesures sur des procédures électives où un choix est pourtant plus envisageable (29-31).

Pour résumer, l'utilisateur a besoin de trois types d'informations (30,32) :

- caractéristiques et services fournis par l'établissement (incluant coûts et délais d'attente) ;
- indicateurs de performance, basés sur les données médico-administratives ou des enquêtes ou registres spécifiques ;
- information sur l'expérience des patients, basée sur des enquêtes auprès des patients.

Les indicateurs placés en premier étant les plus consultés, il est conseillé de débiter la présentation par les indicateurs perçus comme les plus importants, c'est-à-dire ceux portant sur la qualité et la sécurité des soins, puis par ceux portant sur l'expérience des patients (10).

3.3. Quelles sont les conditions à respecter en fonction du type d'indicateurs (structures, processus, résultats, etc.) utilisés pour la diffusion publique ?

Pour de nombreux auteurs, il est nécessaire de présenter à la fois des indicateurs de processus et de résultats, incluant des indicateurs liés à la perception du patient (1,4,6,22,33). Toutefois, certains auteurs privilégient le développement d'indicateurs de résultats, plus lisibles par les usagers (28,30), malgré les avantages indéniables des indicateurs de processus, détaillés plus loin.

Aux États-Unis, parmi les 25 états ayant un programme de diffusion publique, 36 % utilisaient des indicateurs de processus, et 96% des indicateurs de résultats (8).

Si une approche multiple est retenue, il est recommandé de présenter les indicateurs par type, par exemple :

- « soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages » [ex : infections du site opératoire (ISO), infections associées aux soins (IAS), chutes, etc.] ;
- « soins dont on a apporté la preuve qu'ils fonctionnaient » (ex : indicateurs de processus et pratiques) ;
- « soins qui répondent aux besoins et aux préférences du patient » (ex : satisfaction).

3.3.1. Les indicateurs de processus

Contrairement aux professionnels de santé, les usagers ne font pas forcément le lien entre un processus particulier et le résultat de soins, et sont plus attirés par des indicateurs de résultat. Pour autant, il ne faut pas abandonner la diffusion des indicateurs de processus, mais bien expliquer leur intérêt aux usagers (1,4,34). Le langage à utiliser doit être simple (exemple : « le patient a reçu le bon médicament au bon moment ») (4).

Globalement, les indicateurs de processus sont intéressants car ils possèdent plusieurs avantages (22) :

- moins de biais liés aux caractéristiques des patients (problème de l'ajustement) ;
- moins stigmatisants pour les prestataires de santé ;
- plus susceptibles de guider vers des actions d'amélioration ;
- plus valorisants lorsque les résultats sont liés à des actions à long terme.

Ils présentent les intérêts suivants par rapport aux indicateurs de résultats (22) :

- ils sont facilement mesurables ;
- ils sont aisément interprétables ;
- ils peuvent être mesurés sur des échantillons plus petits ;
- ils peuvent être mesurés sur des données déjà disponibles ou facilement atteignables ;
- il est assez aisé d'en déduire des actions d'amélioration ;
- ils peuvent concerner les différentes dimensions de la qualité des soins.

Pour être choisis, les indicateurs de processus doivent répondre à plusieurs exigences (23) :

- il y a un fort niveau de preuve que le processus de soins est lié aux résultats ;

- le mode de recueil permet de garantir que le soin a bien été donné ;
- la mesure concerne un processus en lien direct avec le résultat, qui ne doit pas dépendre de l'intervention de beaucoup d'autres processus de soins ;
- la mesure ne doit pas avoir d'effets indésirables inattendus.

Les indicateurs de processus semblent utiles dans certaines spécialités (notamment celles en lien avec des pathologies chroniques ou des problèmes de santé publique). Ces indicateurs de processus doivent être basés sur des recommandations de pratiques dont l'observance est corrélée avec le résultat des soins (27).

Concernant les indicateurs de processus, il paraît intéressant de privilégier des indicateurs de pertinence ou d'adéquation plus que des indicateurs de réalisation d'actes. En effet, il existe beaucoup d'indicateurs de sous-utilisation (underuse), mais peu concernant une mauvaise utilisation (misuse) ou une sur-utilisation (overuse) (5,14).

Les indicateurs de volume ou d'utilisation d'une procédure ne doivent être diffusés que s'ils sont reliés à la qualité des soins (29).

3.3.2. Les indicateurs de résultat

L'utilisateur préfère les indicateurs de résultats aux indicateurs de procédures, car ils sont plus faciles à lire, plus synthétiques, et plus parlants (1,4,28-30). Par ailleurs, les indicateurs de procédure sont nombreux, et peuvent donner lieu à des informations contradictoires (30).

Les indicateurs de résultats devraient être produits à la fois pour des pathologies (comme le statut fonctionnel après la survenue d'un accident vasculaire cérébral) et pour des établissements (comme le taux d'infections associées aux soins) (28).

Les indicateurs de résultats posent avant tout un problème d'ajustement (29).

Les indicateurs de résultat portant sur la sécurité posent en outre des problèmes relatifs au recueil des données (qualité du codage pour les données médico-administratives ou manque d'exhaustivité des données issues de la gestion des plaintes) (26,35).

Pour les indicateurs de sécurité (IAS, ISO, chutes, autres événements indésirables liés aux soins), il est important de présenter aux usagers que les événements indésirables doivent pouvoir pour une part être évités par les établissements (4).

Dans la mesure où la fréquence des événements est souvent faible (événements indésirables, mortalité, etc), il est nécessaire de définir de nouveaux indicateurs de résultats, comme le niveau de qualité de vie à la sortie ou d'utiliser des indicateurs composites des principales complications (21,29).

Certains indicateurs de résultats sont parfois mal compris par les usagers : indicateurs sur les événements indésirables (25,36), les réadmissions ou la durée de séjour (1). Ils sont toutefois en général mieux compris que les indicateurs de structure, de processus ou de volume (1).

Les indicateurs de résultats portant sur des événements négatifs peuvent être rejetés par l'utilisateur qui ne souhaite pas réfléchir sur des données négatives (1). Mais la plupart des Américains déclare quand même souhaiter des indicateurs sur les erreurs médicales (14).

3.3.3. Les indicateurs de résultat : le cas particulier des indicateurs de mortalité

Les indicateurs de mortalité sont les indicateurs de résultats les plus utilisés (12). Pourtant, leur intérêt est dans l'ensemble assez limité car ils sont soumis à de nombreux biais (échantillonnage, non ajustement ou inefficacité de l'ajustement, surcodage abusif des facteurs de risque, erreurs dans le recueil des données) (6,12). Pour éviter ces biais, il a été proposé de ne pas mesurer ces indicateurs, de faire une mesure sur plusieurs années consécutives, ou encore de présenter des données agrégées sur des pathologies à risque similaire (4,37).

S'il paraît important d'inclure ces indicateurs de résultat dans la diffusion publique, il ne faut pas pour autant oublier de donner les informations nécessaires (4). Les indicateurs de mortalité, s'ils sont utilisés, devraient être restreints à des procédures programmées, avec un taux de mortalité élevé, et pour lesquelles il a été démontré que le taux de mortalité était en lien avec la qualité des soins dispensés. Un exemple type est la mortalité après chirurgie cardiaque (12,38).

Les indicateurs de mortalité peuvent cependant être rejetés par l'utilisateur qui ne souhaite pas réfléchir à des données négatives (1,4).

3.3.4. Les indicateurs de résultat : le cas particulier des indicateurs de perception des patients (satisfaction et expérience)

Il est important d'inclure dans les programmes de diffusion publique des indicateurs portant sur la satisfaction et des données sur l'expérience vécue par les patients (2,6,19,28-30,34,35).

Ces indicateurs sont ceux qui attirent le plus les usagers (17) et ceux qui sont les mieux compris (4,25,36).

Les indicateurs de satisfaction doivent être standardisés (29,30) ou réalisés par service ou par pathologie (29). Ils devraient aborder les différentes dimensions de la satisfaction, ce qui est rarement le cas actuellement (39). Ils pourraient donner lieu à un classement global et par thématique (30).

Les données sur l'expérience directe sont beaucoup plus en prise avec les attentes des usagers que les indicateurs de processus. En effet, les patients, notamment les plus désavantagés, souhaitent connaître l'appréciation de « personnes comme eux », avec des situations cliniques similaires (6). Les sites permettant aux patients de faire part de leur expérience sont de plus en plus nombreux dans le domaine de la santé, après avoir été plébiscités dans d'autres domaines (tourisme, etc.) (29). Ces méthodes de commentaires directs sont critiquées mais ont l'avantage d'offrir à tous les patients une participation, contrairement aux enquêtes de satisfaction ciblées sur un échantillon. Il apparaît nécessaire de permettre un droit de réponse aux médecins ou établissements de santé concernés (34).

3.3.5. Les autres indicateurs possibles

Dans les expériences existantes, sont fréquemment retrouvés des indicateurs de volume ou de coût (8).

Il apparaît important d'inclure aux programmes de diffusion publique des indicateurs portant sur l'accessibilité financière (3,29,30).

D'autres indicateurs liés aux coûts pourraient être présentés, notamment sur l'efficacité des soins délivrés. Mais il faut prendre garde aux problèmes d'interprétation (4) ; à ce jour, pour la majorité des usagers, « quelque chose » de plus cher est « quelque chose » de meilleure qualité.

L'efficacité étant une notion mal connue du grand public, elle pourrait être présentée comme « l'utilisation à bon escient de l'argent destiné aux soins » (1).

3.4. Quelles sont les conditions à respecter en fonction du caractère obligatoire ou volontaire de la participation ?

Aux États-Unis, parmi les 25 états diffusant de l'information sur la qualité des soins, 84 % sont des programmes obligatoires (8).

Les régulateurs doivent proposer à la fois des programmes obligatoires et volontaires. Chaque établissement ou prestataire de soins devrait être engagé dans un programme volontaire de diffusion publique, et il faudrait éviter aux établissements la répétition de demande de données identiques ou similaires (2).

L'expérience montre qu'en l'absence d'obligation, la démarche s'essouffle et les établissements se retirent progressivement du programme. Pour atteindre son but, la diffusion publique doit donc être obligatoire (2,5,14,27,28). C'est aussi l'avis des usagers (9).

En cas d'indicateurs généralisés obligatoires, il est bon d'avoir une période de test, sans diffusion publique mais avec retour d'information uniquement vers les établissements, ce qui permet une amélioration des pratiques importante avant la diffusion, une appropriation des outils et méthodes de recueil par les établissements, et un ajustement des méthodes si nécessaires (24,27).

Certains indicateurs non obligatoires sont parmi ceux qui apparaissent pour les usagers comme les plus pertinents pour le choix d'un établissement de santé (satisfaction du patient, recommandation par l'entourage ou le médecin généraliste) (19).

Pour la diffusion publique, il vaut mieux utiliser des indicateurs de processus, en lien direct avec la qualité des résultats. Il est bien sûr possible de continuer à utiliser d'autres indicateurs pour des démarches internes, mais sans diffusion publique (23).

Pour les indicateurs non généralisés, il vaut mieux éviter de diffuser des indicateurs sur des thèmes proches de ceux généralisés, car cela peut entraîner des confusions pour l'utilisateur. À défaut, il faudra expliquer clairement les différences observées (méthode de mesure, de scoring, période de mesure, etc) (40).

4. Comment présenter les données ?

4.1. En préambule

4.1.1. A qui s'adresse la diffusion ?

L'identification de la cible est très importante pour promouvoir le site ou le rapport. Le fait de viser « tout le monde » peut apparaître comme la première ambition, mais c'est une ambition qui risque de conduire à un échec, au moins à court terme (40). Il est nécessaire d'adapter les informations diffusées à la population cible, et donc à leurs attentes et à leurs besoins (9,41).

Les cibles potentielles sont diverses (15) :

- les professionnels de santé et les managers qui ont besoin d'informations pour améliorer leurs pratiques ;
- les décideurs pour guider leur jugement ;
- le public, souvent à travers les médias, pour avoir une meilleure connaissance du système de santé ;
- les patients pour induire le changement par leur choix.

Les patients atteints de maladie chronique semblent être une cible à privilégier, mais parfois difficile à atteindre du fait de leur pathologie (15,27,40). D'autres cibles apparaissent idéales : les femmes enceintes ou qui souhaitent le devenir, les personnes ayant besoin d'une chirurgie programmée, et les personnes ayant déménagé récemment et devant retrouver un médecin ou un établissement (40). Il est toujours bon d'étendre la cible à l'entourage proche des personnes visées.

Les indicateurs souhaités par les usagers étant différents de ceux souhaités par les professionnels, il peut être utile de donner deux types d'information. La version destinée aux professionnels pourra être plus détaillée et plus axée vers le processus (42).

Il y a schématiquement deux types de personnes : ceux qui souhaitent avoir un maximum d'informations (les « monitors »), plus rares et souvent plus éduqués, et ceux qui souhaitent une information basique et non alarmante pour autant qu'ils en souhaitent une (les « blunters »). Il peut paraître déroutant de restreindre la cible aux Monitors, ce qui crée une sorte de ségrégation, mais c'est une réalité à prendre en compte (40).

Il peut être nécessaire de diffuser les informations dans différents langages (2,43).

4.1.2. Qui a élaboré la démarche de diffusion ?

La démarche doit être portée par un organisme indépendant, crédible et reconnu (4,6,44,45). S'il est méconnu du grand public, ses missions doivent être rappelées (format bref et lien vers une information détaillée). La diffusion ne doit pas apparaître comme une publicité ou une stratégie marketing. Le soutien d'organismes ou de personnes reconnus peut être signalé (4).

4.1.3. Quelles modalités de présentation en fonction de l'objectif de la diffusion ?

En France, à ce jour, l'information des usagers est pour l'essentiel un sous-produit d'initiatives ayant un autre objet : gestion, démarches d'amélioration continue de la qualité. Aujourd'hui, il apparaît légitime de considérer que l'information des usagers est un objectif en soi (30).

L'objectif n'est pas seulement d'améliorer la transparence, mais de faire en sorte que l'information soit utilisée pour faire des choix éclairés (41).

Pour mettre en place un programme de diffusion publique, les objectifs doivent être fixés d'emblée, et priorisés, en intégrant les contraintes réglementaires (41).

Si l'objectif principal est la transparence et de rendre des comptes, des mesures particulièrement fiables et valides devront être diffusées, avec des comparaisons sous forme de classements ou de catégories. Si l'objectif principal est l'amélioration de la qualité, l'utilisation de mesures locales est possible, et la comparaison se fera plutôt à l'aide de benchmarks permettant d'identifier les meilleurs établissements (par exemple les 10% les meilleurs) (22).

4.1.4. Quelles modalités de présentation en fonction du niveau d'analyse (établissement, service, professionnel de santé, etc.) ?

Certains auteurs préconisent une production au niveau de l'établissement (car d'une part les individus font partie d'une équipe et les équipes d'un établissement, et d'autre part les données statistiques se feront sur de plus grands échantillons) (27). La production à un autre niveau (service, praticien) peut être réalisée, mais sa diffusion réservée à un usage interne, sous peine d'être controversée (27,46). Cependant d'autres auteurs favorisent une diffusion au niveau du service (20,30,43), ou au moins par type de service (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.) (24,43). Ce serait le niveau idéal pour des indicateurs sur les pratiques cliniques ou sur les délais d'attente avant consultation.

A l'inverse, certains auteurs préconisent une diffusion d'indicateurs à un niveau individuel (médecin), car il existe de fortes variations inter-individuelles (10,22). Dans ce cas, les médecins devraient donner leur accord pour la diffusion de données les concernant (4).

Enfin, certains auteurs préconisent d'élaborer des indicateurs pour tous les niveaux du système (2).

Pour certains types d'établissements peu connus du grand public (HAD, SLD, EHPAD, etc.), il peut être utile d'avoir une partie plus importante de description de ces établissements (activités, soins qui y sont réalisés, etc.) (4).

4.1.5. Quelles modalités de présentation en fonction du niveau de diffusion (national, régional, local) ?

Aux États-Unis, 25 états sur 51 diffusent de l'information sur la qualité des soins (8).

Si l'objectif est d'aider le public à choisir un établissement, la diffusion à un niveau local ou régional semble plus judicieuse (1,30,31,34). 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 (31).

4.2. Le type d'informations présentées

4.2.1. Quel nombre d'indicateurs retenir ?

Donner trop d'information est contre-productif ; pour faire un choix, l'être humain ne peut intégrer qu'un nombre limité d'informations (1). Il est nécessaire de faire des compromis entre le niveau de détail souhaité et la facilité d'utilisation des données pour faire un choix (10,41). Le nombre total d'indicateurs présenté doit donc être limité, compris entre 5 et 20 selon les auteurs (6,19,47). Le nombre médian d'indicateurs présentés était de 14 sur les cinq sites web les plus connus aux États-Unis (28), mais ce nombre ne cesse d'augmenter chaque année (23).

Il faut prioriser les indicateurs permettant la comparaison, et inclure des indicateurs de structure, de processus et de résultats. Ces indicateurs doivent être constitués en tableau de bord, consultable sur une seule page (48).

En cas d'indicateurs multiples, les résultats peuvent être présentés assortis d'une pondération de chaque indicateur (1).

4.2.2. Quelle description générale présenter ?

Les informations doivent être accessibles, compréhensibles et cohérentes (28,31). Les usagers peuvent être très vite dépassés et renoncer s'ils ne trouvent pas l'information qu'ils cherchent. Il est très important de mettre

en balance la nécessité d'une information concise, sur une page (31,49) et la possibilité d'accéder facilement à des explications plus complètes ou à des avertissements (4), même si des études ont montré que les utilisateurs de sites Internet lisaient peu les textes explicatifs qui accompagnent les données (49).

Globalement, les informations à fournir sont les suivantes (4) :

- des détails méthodologiques sur le recueil et l'analyse des données (incontournables, car même si souvent non consultés, l'utilisateur est rassuré de pouvoir les trouver) ;
- les méthodes pour adresser des commentaires ou des questions sur le rapport (incontournable pour montrer la volonté d'amélioration continue du fournisseur et évaluer l'efficacité du rapport) ;
- les messages d'appui de personnalités ou d'organismes reconnus ;
- des informations plus détaillées sur les différentes façons d'utiliser les informations (aide à la décision) ;
- les éléments à garder à l'esprit pour l'utilisation des données (mises en garde ou avertissements) ;
- des liens vers d'autres sites ou rapports publiant des aspects de la qualité non couverts ;
- des informations complémentaires ou des liens vers des sites spécialisés (exemple : une pathologie particulière abordée dans le rapport) ;
- renseignements sur les activités des établissements (s'ils sont peu nombreux).

D'autres informations peuvent être ajoutées :

- une fonction annuaire permettant à l'utilisateur de connaître les caractéristiques de l'établissement et les informations pratiques de base notamment les données nécessaires pour une prise de rendez-vous (30) ;
- des explications possibles sur les variations présentées entre établissements (33) ;
- des anecdotes, positives ou négatives, car elles intéressent fortement les usagers et les médias (6).

4.2.3. Quelle description présenter pour chaque indicateur diffusé ?

• Définition

Chaque indicateur doit être défini précisément (1,48). Il faut utiliser un langage simple et clair pour décrire les indicateurs. Leur libellé ne devrait pas nécessiter de se référer à une information détaillée pour les comprendre (1,10). Les termes techniques sont à éviter. Si des termes techniques sont utilisés, ils doivent être définis immédiatement, dans un « langage de tous les jours ». La meilleure stratégie est sûrement d'utiliser un terme commun suivi entre parenthèses du terme technique, par exemple : « dépistage du cancer du sein (mammographie) » (1).

Les indicateurs et les modalités de diffusion devraient être standardisés et communs aux différents diffuseurs (2).

Il faut 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 en sont les meilleures garanties (35).

• Quel rapport avec la qualité des soins ?

Pour que le choix des usagers puisse être facilité, la première exigence est qu'ils comprennent les données présentées (49).

La signification des indicateurs doit être expliquée clairement : certains sont loin des préoccupations des patients, d'autres peuvent être mal interprétés. Il faut donc expliquer en quoi l'indicateur est en relation avec la qualité des soins, et comment il doit être interprété (4,6).

- **Quelle source de données (type, année, mode de recueil, etc.) ?**

Les sources de données doivent être précisées (48). Les usagers préfèrent obtenir des informations soit de leur propre médecin, soit d'une source indépendante, objective et bien informée. Les usagers ont peu confiance dans les informations d'une auto-évaluation (1). Il faut donc des garanties sur les sources de données, qui doivent être dignes de confiance. Mais ces informations seront plutôt des informations de « seconde intention » (accès sur demande) (1).

La source des données doit être précisée dans la méthodologie (détails techniques et statistiques) (4,20,31). Les premières expériences de diffusion publique se sont appuyées sur des données administratives ou cliniques préexistantes, conduisant à des résultats pertinents pour les prestataires de soins, mais pas forcément pour les usagers (34). Il apparaît préférable de réaliser les mesures d'indicateurs à partir de bases de données cliniques plutôt que de bases de données médico-administratives ou issues de la gestion des plaintes, car elles sont plus précises et plus exhaustives (20-22,26,29). En cas d'enquête par sondage, il est utile de préciser la taille de l'échantillon, la notion de tirage au sort, et la conduite de l'enquête par un organisme indépendant (4). La possibilité de téléchargement de l'ensemble de la base de données peut apparaître comme un gage de transparence (31).

Il faut indiquer la période de recueil des données (4,29,48), et des données datant de 3 ans ou plus ne devraient pas être présentées (29). La présentation par différents sites d'indicateurs identiques mais basés sur des données d'années différentes entraîne la confusion chez les usagers (28).

- **Comment l'interpréter ?**

Les erreurs les plus fréquentes concernent le « sens » d'interprétation des indicateurs ; il est donc à standardiser autant que possible (sens positif pour tous les indicateurs) ou si c'est impossible, à présenter selon un modèle identifiant les meilleurs et les moins bons (mot, symbole). Dans tous les cas, il faut préciser la solution retenue (1,4,48,49). Comme le « sens » de l'indicateur, le niveau de performance souhaité doit être précisé (gold-standard ou cible) (31).

Le public souhaite que les données diffusées soient justes et loyales pour l'établissement évalué. Pour certains indicateurs, il peut donc être utile de préciser parfois que le résultat ne dépend pas que de l'établissement lui-même mais éventuellement aussi de pratiques d'autres professionnels de santé, voire du comportement du patient (4).

Même s'il n'est pas recommandé de donner des détails statistiques, il est important de présenter des avertissements sur les données diffusées. Ces avertissements seront de 2 ordres :

- ▶ les usagers doivent savoir que l'usage d'indicateurs pour la comparaison inter-établissements peut être sujet à caution ;
- ▶ la qualité globale d'un établissement ne peut pas être extrapolée à partir de quelques mesures qui ne reflètent que certaines prises en charge spécifiques (cette notion doit être précisée d'emblée) (4).

Les méthodes de calcul de scores et les ajustements sont des informations complexes qui sont souvent mal comprises par les usagers ; ceux-ci peuvent même comprendre l'ajustement comme une « falsification » des données. La solution peut être de présenter les détails techniques dans une section spécifique, après la présentation des résultats. Sur un site web, il est utile de créer un onglet spécifique pour la méthodologie (détails techniques et statistiques), ce qui permet un accès immédiat et à n'importe quel moment. Les détails techniques devront être présentés avec un vocabulaire simple et accessible à tous (4,30). Si les ajustements sur l'âge ou la sévérité de la maladie sont globalement compris, ceux sur le niveau socio-professionnel, la race ou l'ethnie sont ressentis de manière négative par les usagers, comme une manipulation des données réelles (4).

Il est contre-productif de mettre à la disposition de l'utilisateur des informations dont l'interprétation en termes de bénéfices pour les patients est incertaine ou sujette à controverses (30).

4.2.4. Quelles modalités de présentation des résultats ?

• La compréhension générale

Ce qui est attendu par l'utilisateur (palmarès, pas d'intervalles de confiance...) est souvent contraire aux attentes des professionnels de santé. La responsabilité des promoteurs est grande car il est nécessaire de classer ou de catégoriser les établissements (1).

Les usagers lisent rarement l'ensemble des informations qui leur sont présentées. Les usagers sont enclins à ignorer les informations qui ont peu de sens pour eux. Ils balayent l'information et ont tendance à rechercher les points qui vont confirmer leurs préjugés (15).

Il faut éviter le jargon technique et adopter un langage clair et compréhensible, privilégiant les phrases courtes. Des présentations vidéo peuvent être utilisées pour faciliter la compréhension. Des hotlines peuvent également être mises à disposition des usagers (36).

La plupart des répondants préfèrent voir toutes les informations sur une même page ou un même tableau (32,36,49). Cette option a l'avantage de donner une vue d'ensemble, mais elle comporte le risque de présenter des données contradictoires pour un même établissement (32). Le nombre de mesures présentées par tableau doit rester limité (le plus souvent entre 3 et 7) (32).

Il est préférable de diffuser des informations basiques, mais avec la possibilité d'accéder à des informations plus détaillées si besoin permettant différents niveaux de lecture (par exemple un tableau synthétique avec l'ensemble des mesures, puis par clic sur une mesure des résultats graphiques plus détaillés avec définition, source des données, dernière mise à jour, etc.) (1,6,17,32).

• Les différentes modalités de présentation

Il existe 3 modèles principaux de présentation des résultats (43,49) :

- ▶ les modèles utilisant des symboles ou des mots pour décrire le niveau de performance ;
- ▶ les modèles utilisant des données numériques (chiffres dans un tableau) ;
- ▶ et des modèles utilisant des présentations graphiques (histogrammes en barres).

Le mode de présentation des données peut influencer le degré de compréhension et de participation des utilisateurs :

- pour certains auteurs, les usagers comprennent mieux les résultats présentés sous forme de graphique (22) ; c'est en tous les cas vrai par rapport à une présentation sous forme numérique (13) ; si des graphiques sont utilisés, ils doivent être limités aux mesures clés de la performance (48) ;
- pour d'autres auteurs, les modèles de présentation qui permettent la meilleure compréhension des usagers (moins d'erreurs d'interprétation) sont les modèles identifiant les meilleurs et les moins bons soit par des mots, soit par des symboles (13,49). En effet, les modèles avec des représentations graphiques en barres amènent à un nombre très élevé d'erreurs d'interprétation (49) ;
- les symboles ont l'avantage de synthétiser l'information et semblent faciliter la compréhension des usagers, mais ils peuvent parfois conduire à de mauvaises interprétations (43). On préférera l'utilisation de symboles intuitifs, identiques tout au long de la présentation (coches plutôt que feux de signalisation ou couleurs) (10,49). L'utilisation de symboles uniques différents en nombre (1 à 3 étoiles) semble préférable à l'utilisation de symboles différents par classes (+, =, -) (49). Ceci a été confirmé par une étude menée auprès d'usagers : la modalité de présentation préférée est celle avec des étoiles, puis celle avec des données numériques, puis celle utilisant des symboles différents par classes, et enfin la présentation par histogrammes (50).

Le format de présentation des indicateurs devrait être le même quelque soit le site de diffusion (public ou privé) pour permettre une meilleure compréhension des patients (20). Evidemment, les données doivent être présentées indépendamment d'une bonne ou d'une mauvaise performance (17).

Pour les indicateurs de satisfaction, il existe plusieurs modalités de présentation des données : par exemple, la proportion de questions avec réponse maximale (excellent) ou un score moyen de satisfaction (51).

4.2.5. Les modalités de comparaison entre établissements

- Une présentation par catégories ou classes

Une des modalités de présentation les plus utiles pour l'utilisateur apparaît être un palmarès (identification du meilleur en haut au moins bon en bas) ; à défaut, il semble utile de présenter au moins les établissements par classes ou catégories, notamment si plusieurs indicateurs sont présentés (1,10,13,31,32,35,41). Cette représentation par symboles est préférable à la présentation de données chiffrées (près d'une personne sur deux a du mal avec l'interprétation des chiffres) (1,47).

Les catégories doivent avoir une représentation symbolique. Les meilleurs symboles sont ceux intégrant la signification catégorielle au sein du symbole, en plus d'une figure et d'une couleur. Ceci permet de se passer d'une légende, qui est toujours une difficulté supplémentaire pour l'interprétation (1,51). D'autres symboles peuvent être utilisés, comme les étoiles, préférables aux cercles plus ou moins remplis (32). Le nombre de catégories varie le plus souvent entre 3 et 5 (32,43) ; il doit être suffisamment élevé pour permettre une meilleure discrimination (31,35).

La transformation d'une mesure quantitative en catégorie est complexe et peut conduire à des critiques. Si ce choix est fait, un consensus sur les méthodes doit être obtenu avant la diffusion (24). La méthode la plus souvent utilisée est de classer les établissements en fonction de leur position par rapport à la moyenne, en calculant des intervalles de confiance (à 95 % voire 90 % pour 3 classes, ou à 95 % et 99 % pour 5 classes

par exemple) soit autour du score de l'établissement (ce qui permet de prendre en compte la variabilité de l'échantillon, mais aussi sa taille), soit autour de la moyenne (12,43). Une autre méthode consiste à identifier les outliers (10 % les plus hauts et les plus bas par exemple) (12). Une présentation des résultats par quartiles pour chaque indicateur permet une bonne lecture. Elle peut faire l'objet d'une présentation graphique en histogrammes ou en radar (plus visuel) (48).

- **Une présentation numérique (et le problème des intervalles de confiance)**

Les informations numériques, comme par exemple les taux de mortalité ajustés, ne sont souvent pas compréhensibles et utilisables pour les personnes ne possédant pas une maîtrise suffisante des chiffres (1,10). Mais coupler les informations numériques à un classement par catégorie permet d'améliorer l'utilisation des informations (10).

Si des données numériques sont utilisées, il faut respecter certaines règles (10) :

- ▶ ne pas présenter de nombres avec décimales ;
- ▶ pour les indicateurs sur les risques, présenter des indicateurs de gain plutôt que de perte (survie plutôt que mortalité) ;
- ▶ les valeurs doivent si possible rester les mêmes tout au long de la présentation, et utiliser le même dénominateur (si possible « sur 10 »).

Si l'on présente des indicateurs de sécurité qui portent sur des événements très rares, il vaut mieux présenter un chiffre qu'un ratio (4).

Les tests statistiques doivent être utilisés pour vérifier les différences réelles entre établissements (par rapport à la moyenne ou entre deux établissements) (29). Si les intervalles de confiance ne sont pas présentés, il est aisé de faire croire à des différences qui n'existent pas en réalité (28). Toutefois, les intervalles de confiance sont des informations complexes qui sont souvent mal comprises par les usagers (1,22). La présentation d'intervalles de confiance a tendance à faire douter les usagers sur la fiabilité des données (notion d'incertitude). En revanche, ces intervalles de confiance devraient être utilisés pour déterminer les classes (1). De plus, les détails techniques seront présentés dans une section spécifique, après la présentation des résultats (où il sera précisé que les détails sont disponibles pour qui le souhaite). Sur un site web, il est utile de créer un onglet spécifique pour la méthodologie (détails techniques et statistiques), ce qui permet un accès immédiat et à n'importe quel moment. Les détails techniques devront être présentés avec un vocabulaire simple accessible à tous (4).

- **Une méthode permettant la comparaison**

Quelle que soit la méthode retenue, la présentation des données doit permettre aux usagers de faire un choix, donc de comparer les établissements entre eux (2). L'utilisateur doit en effet pouvoir identifier les meilleurs établissements, soit par un classement ou palmarès (1,7,47), soit par un repérage visuel (1-3).

Le classement peut se faire par rang, par percentile, par identification des cas extrêmes ou « outliers », par comparaison à une valeur de référence (qui peut être une moyenne ou un seuil à atteindre ou un benchmark) (7).

La comparaison peut se faire par rapport à la moyenne nationale ou régionale (28,43), ou par rapport à la médiane souvent préférable car les données ne sont pas symétriquement distribuées (17,48). Il est possible d'utiliser aussi, voire en complément, un benchmark ou niveau de pratique à atteindre, comme le 90^e percentile (17,35,48) ou un seuil de performance, qui peut être fixé avec des professionnels (7).

Il est par ailleurs important de pouvoir comparer deux établissements entre eux, et si possible par une méthode permettant d'identifier le meilleur (28,49).

Une autre solution pour aider à la décision est d'identifier par un logo les établissements avec le « meilleur score » ; cette « labellisation » équivaut à un score synthétique (4).

Un classement des établissements basé sur les indicateurs qualité peut toutefois avoir des effets pervers et conduire à de mauvais choix. La King's Fund privilégie un classement tenant compte de la distance par rapport au lieu de vie du patient (10).

4.3. La place des scores composites ou synthétiques

L'interprétation de plusieurs mesures concomitantes est excessivement difficile pour les usagers, d'autant que les mesures n'ont pas forcément toutes la même importance (29). Les scores agrégés sont plus à même de guider l'usager vers un choix (1,4), et ils ont la préférence de la majorité des usagers plutôt que des mesures détaillées (50). L'utilisation d'un score composite global est conseillée par de nombreux auteurs (4,6,30,35,47,52). Mais les scores synthétiques (du type logo « meilleur score ») semblent préférables aux scores composites chiffrés. Il faut souvent pondérer le poids des critères, mais le niveau de pondération est difficile à trouver, et peut être différent d'un usager à l'autre (4). Plutôt que d'avoir un score composite global, il est possible de présenter des scores composites par thématique, comme pour la satisfaction ou une pathologie particulière (4,29,31).

Pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), un score composite pourrait être calculé en France à partir des appréciations issues de la procédure de certification de la HAS, à condition que la production de ce score puisse être annualisée (30).

Pour les études de satisfaction, il peut être intéressant de donner des résultats par item, mais aussi des scores agrégés pour l'ensemble d'une dimension. Dans ce cas, certains proposent la méthode du « All or None » qui aurait l'avantage de mettre en évidence une réelle variation de la qualité (4,31).

À l'inverse, il a été montré que les scores composites n'étaient pas toujours bien compris par les usagers, notamment les personnes de plus de 50 ans et celles ayant un bas niveau d'éducation (10,36). Des auteurs estiment que l'utilisation de scores composites ne peut se faire qu'après validation de ces scores, et rappellent que de nombreuses sources de controverses existent concernant les indicateurs composites : choix des mesures composant le score, pondération de ces mesures, choix de la méthode d'agrégation (20,35). La diffusion d'indicateurs composites appelle à un certain nombre de précautions : expliciter les critères de choix entre les différentes méthodes et affirmer les réserves relatives à l'emploi de ces méthodes, ou établir à partir des résultats communs à toutes les méthodes des conventions afin de minimiser le risque de pénaliser injustement un établissement dans son classement (4,53). Le score composite peut également s'avérer peu discriminant (31).

4.4. Le concept d'ajustement

L'ajustement des données est nécessaire pour éviter les variations d'échantillonnage : sévérité des comorbidités, renommée de certains établissements... (20,28,29). L'ajustement des données est nécessaire pour les indicateurs de résultats (2,14,27,33), notamment pour les indicateurs de mortalité (28), pour les indicateurs portant sur les infections associées aux soins (21) mais aussi pour les indicateurs de processus (14). Pour les indicateurs de satisfaction,

un ajustement peut être fait à partir de l'âge, du sexe, de l'état de santé ressenti et du niveau d'éducation. Toutefois, ces caractéristiques interviennent peu dans la variance de la satisfaction (moins d'1% d'écart entre scores ajustés et non ajustés) (54), et parfois, l'ajustement sur le case-mix peut conduire à masquer de réelles différences entre des populations de patients, qui mériteraient d'être analysées, ce qui va à l'encontre du désir de transparence (43).

L'ajustement doit être fait si possible à partir de données du dossier patient (et non de données administratives trop incomplètes ou erronées) (29). C'est une méthode complexe (22,27,35), qui conduit parfois à augmenter à tort le niveau de risque d'un patient (upstaging dans les bases de données médico-administratives) (22).

Le concept d'ajustement est difficile à comprendre par les usagers (34). L'ajustement des données permet d'éviter un des effets néfastes de la diffusion publique d'indicateurs : la sélection des patients les moins à risque (2,42).

4.5. Les possibilités de comparaison au cours du temps

Si des données tendanciennes peuvent apparaître importantes à connaître, l'accumulation de chiffres rend leur utilisation difficile. Il est possible de se limiter à signaler l'évolution par rapport à l'année précédente par un symbole spécifique (31) ou, lorsque les données sont présentées dans le temps, utiliser une ligne graphique pour une meilleure visualisation des tendances (48). Il est nécessaire de préciser les années concernées, et de présenter les biais éventuels (un établissement peut être stable dans la performance, alors que le niveau général augmente) (48).

4.6. Les aides à la compréhension et à la décision

4.6.1. L'aide à la compréhension des données présentées

Il faut 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 (35).

Il est envisageable d'utiliser un dispositif de médiation (plate-forme téléphonique) qui faciliterait l'usage de l'information. Ce rôle de « médiateur » pourrait être joué par les Mutuelles, les associations représentant les malades ou les usagers, ou les médecins traitants (30). En effet, il est parfois nécessaire de compléter les informations diffusées par des explications personnalisées venant d'une personne de confiance (représentants d'usagers, associations de malades, etc.) (2).

4.6.2. L'aide à la décision

Il y a deux approches principales permettant l'intégration d'informations pour une prise de décision : l'approche analytique (basée sur un processus rationnel de pondération de l'information) et l'approche expérimentale (plus intuitive, associative et plus rapide). Les deux approches ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Si la première approche est souvent prise en compte lors de la diffusion d'informations sur la qualité, la seconde est délaissée (41). Pourtant, dans le domaine de la santé, les usagers se basent sur leurs expériences passées et sont influencés à la fois par leurs attentes et leurs craintes, mais aussi par l'avis des autres, particulièrement de ceux en qui ils ont confiance (15). Il est important, comme savent le faire les publicitaires, de prendre en compte l'approche expérimentale. Différentes modalités peuvent être utilisées : présenter l'expérience de personnes sur un mode narratif, utiliser des anecdotes ou des scénarios pour rendre l'information plus expressive (4,41).

Mettre à disposition des informations comparatives n'est pas forcément suffisant pour guider l'utilisateur sur un choix. Pour permettre ce choix, il faut mettre en évidence les différences et aider l'utilisateur à pondérer les informations (1). En effet, il n'est pas simple pour les usagers de faire des compromis entre qualité, sécurité, expérience du patient et distance par exemple (10).

Il peut être nécessaire de fournir également un support d'aide à la décision. Ces aides à la décision doivent permettre à l'utilisateur d'exprimer ses préférences, d'adapter la présentation des données, puis de pondérer les résultats en fonction des préférences de l'utilisateur (2-5,10,13,41).

D'autres solutions pour aider à la décision ont été proposées : identifier par un logo les établissements ayant le « meilleur score », pointer les différences clés en terme de performance (par exemple en soulignant les établissements dont les scores sont particulièrement différents des autres), intégrer les médecins traitants dans l'aide au choix (4).

4.7. La validation et l'actualisation des données

4.7.1. La validation des données présentées

Les méthodes de validation ou de contrôle des données fournies par les établissements doivent être précisées dans la section méthodologique (détails techniques et statistiques) (4,20).

Pour garantir la loyauté des données présentées, il est important de mentionner les possibilités de réponse des établissements ou des médecins évalués (validation avant publication, droit de réponse ou de commentaire) (4,20,31).

4.7.2. L'actualisation des données présentées

Afin de favoriser l'intérêt des usagers et des médias sur la diffusion, il semble être utile d'actualiser les données régulièrement (diffusion tous les 3 à 6 mois) (6).

Si les appréciations issues de la procédure de certification de la HAS devaient être utilisées pour réaliser un score synthétique, la production de ce score devrait être annualisée (30).

4.8. Les différents supports de diffusion

Différents supports sont utilisés à ce jour : rapport sous format papier et diffusion par site Internet. Il est souvent nécessaire d'utiliser plusieurs formats si l'on souhaite toucher l'ensemble des cibles potentielles (2). Dans tous les cas, il faut que la présentation soit suffisamment concise (48).

La diffusion par Internet a pris une importance particulière car elle permet un accès à un nombre important d'utilisateurs (28) ; 18 des 25 Etats américains ayant un programme de diffusion publique ont un site Internet (8). Etant plus flexible, le support Internet permet des vues différenciées selon les attentes des usagers et la possibilité de recherches multiples (géographique, par pathologie...) (1,10,41). Elle permet en outre de mettre en balance la nécessité d'une information concise et la possibilité d'accéder facilement à des explications plus complètes ou à des avertissements. Un bon site web contient :

- une série d'onglets en haut pour aider les utilisateurs à rejoindre les principales sections depuis n'importe quelle page ;
- une série d'onglets sur le côté pour aider les utilisateurs à naviguer au sein d'une section ;
- des liens internes pour aller d'une partie à une autre.

Toutefois, un test sur les sites Internet a révélé que les usagers ont du mal à consulter les informations qui nécessitent de naviguer entre plusieurs onglets ou qui sont sur des pages trop longues (49).

Pour faciliter l'utilisation d'Internet, il serait utile de constituer un site de référence, clairement identifié comme étant le lieu où est rassemblé l'ensemble ou du moins la synthèse de toutes les données sur la qualité des prises en charge (30) ; ce site peut être réalisé à un niveau national ou régional (34). Ce site devrait être conçu dans la perspective de faciliter la décision des usagers. Il doit, à ce titre, faciliter les comparaisons. Il devrait être activement promu dans cette perspective. A cet effet, le nom du site devrait clairement marquer quelle est sa finalité (30).

Que ce soit Internet ou document papier, la première page est essentielle, car la motivation de l'utilisateur sera faite en quelques secondes. Elle doit être courte et comporter des messages clés permettant d'expliquer l'intérêt des informations. Les éléments à aborder sont les suivants : une définition brève de la qualité dans un langage simple, les raisons de publication de données permettant de comparer les établissements, les motifs pouvant conduire un usager à consulter ces informations et un résumé bref des informations contenues sur le site ou le rapport (4).

Les données doivent aussi être diffusées dans les lieux de soins, où se rencontrent patients, familles et professionnels de santé (17). L'IGAS propose que chaque établissement réalise un Compte Qualité, qui devrait permettre de situer l'établissement par rapport aux indicateurs nationaux, et faciliter ainsi une bonne compréhension des performances relatives de l'établissement (30).

5. Comment impliquer les différents partenaires dans l'élaboration du programme de diffusion publique ?

5.1. Une élaboration en collaboration avec les professionnels concernés et les associations de malades ou d'usagers

Il est nécessaire d'élaborer le programme de diffusion de manière collaborative en associant les responsables de santé publique, les représentants des professionnels de santé et les représentants d'usagers. Les éléments clés sont de définir un objectif commun et d'inclure un large panel de personnes et d'organisations, avec des ressources et des compétences diverses et complémentaires (24).

Pour leur légitimité, les programmes de diffusion publique doivent être développés en partenariat avec les professionnels concernés : définition des mesures diffusées, méthodes de recueil (20,33,42).

La structuration de l'information n'étant pas neutre, il est nécessaire que les représentants des usagers (et notamment ceux des personnes handicapées) soient associés, ou puissent contrôler la manière dont les informations sont construites ou présentées (4,30).

5.2. Des tests de compréhension auprès des usagers

Il est nécessaire de tester la compréhension des usagers, afin de pouvoir repérer les incompréhensions, les problèmes d'interprétation, les difficultés de recherche d'informations, la satisfaction sur la pertinence des informations diffusées (1). Ces tests peuvent être effectués auprès d'un petit nombre de personnes, mais représentatifs de la population cible, comme des représentants d'usagers et de patients (1,17,30,32,40). Il faut tester à la fois le format, le langage utilisé et la structure du rapport. Différentes méthodes peuvent être utilisées : focus-groups, tests cognitifs (4,24,41). Des tests ont notamment montré que les erreurs d'interprétation étaient environ 3 fois plus fréquentes chez les personnes âgées (13) et touchaient plus certains indicateurs (réalisation d'un volume minimum de procédures, traitement des événements indésirables graves, etc.) (19).

Il est par ailleurs nécessaire de permettre aux usagers de « s'entraîner » à la manipulation des données avant de faire un choix, car les interprétations ne sont pas toujours aisées (10).

5.3. Une check-list avant le développement

Marshall et coll. proposent d'utiliser une check-list pour développer un programme de diffusion publique. Apporter des réponses aux points suivants est une aide dans l'élaboration d'un programme de diffusion publique (18).

- Objectif de la diffusion publique.
- Intégration de la diffusion publique aux autres stratégies d'amélioration de la qualité.
- Choix des indicateurs pour la diffusion publique.
- Implication des différents groupes concernés.
- Information du public et des médias.
- Bénéfices attendus de la diffusion publique.
- Risques de la diffusion publique.
- Coût financier.
- Balance entre indicateurs de processus et de résultats.
- Ajustement des indicateurs de résultats.
- Niveau d'analyse (établissement, service, praticien).
- Format de présentation.
- Étude de l'impact.

6. Quels sont les écueils possibles de la diffusion publique ?

6.1. Les différents écueils

La diffusion publique peut avoir des conséquences négatives, surtout quand elle peut entraîner des sanctions ou s'accompagner d'incitations. C'est d'autant plus vrai dans les établissements qui sont déjà en difficulté. Les conséquences négatives peuvent être diverses (6,14,22,26).

- Attention des médecins portée essentiellement sur les pratiques qui font l'objet d'une mesure à diffusion publique, au détriment des autres pratiques (vision « en tunnel » des pratiques). Cette vision en tunnel peut avoir plusieurs effets :
 - a. restriction des objectifs d'amélioration d'un établissement à l'organisation au détriment d'objectifs liés à la coordination stratégique (« sous-optimisation ») ;
 - b. concentration sur des objectifs à court-terme au détriment d'objectifs à long-terme.
- Manque de motivation pour développer des procédures novatrices de peur d'avoir de mauvais résultats (« ossification »).
- Sélection des patients à faible risque, afin d'obtenir des meilleurs résultats (notamment pour les indicateurs de résultats comme sur la mortalité). Cette sélection pourrait entraîner des refus de prise en charge et des transferts pour les patients présentant de nombreuses comorbidités ou pour les patients de bas niveau social en raison du risque plus élevé de manque de suivi. Toutefois, le transfert de tels patients vers des centres plus performants pourrait être aussi le signe d'une amélioration de la qualité des soins ; en effet, un médecin ayant conscience de ses limites pourrait préférer envoyer un de ses patients à haut risque à un collègue plus expérimenté ayant de meilleurs résultats. Un autre risque de sélection des patients pourrait découler de la mesure d'indicateurs de satisfaction ; en effet, le niveau de satisfaction pouvant varier avec l'ethnie et le niveau socio-économique des patients, il ne faudrait pas que la diffusion de ces indicateurs pénalise des médecins ou des établissements qui prennent en charge des patients issus des minorités ou des patients démunis.
- Tentation de réaliser des procédures en réalité non appropriées. Si les recommandations de pratique sont faites pour le plus grand nombre, elles ne sont pas applicables à l'ensemble des patients (en raison de leurs caractéristiques, de leurs pathologies associées, etc.). Pour obtenir de meilleurs résultats, les professionnels pourraient être tentés d'appliquer les recommandations faisant l'objet d'indicateurs même chez les patients n'en ayant pas besoin, conduisant à une sur-utilisation des ressources (overuse) (14).
- Modification des comportements dans le but unique d'obtenir de meilleurs résultats (gaming), voire une falsification des données saisies ou recueillies.
- Arrêt de la participation à la démarche de diffusion publique si le système n'est pas obligatoire.

La diffusion de l'information peut conduire à d'autres conséquences négatives pour la qualité et la sécurité des soins :

- une dilution des messages clés par une diffusion de données trop nombreuses ;
- une diminution des coopérations entre établissements et professionnels ;
- la transformation d'une démarche éducative en démarche punitive nuisible au processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

- la perte de confiance dans les données en cas de « gaming » ;
- une réduction du temps consacré à des actions d'amélioration continue de la qualité engendrée par le temps nécessaire au recueil des indicateurs.

6.2. Comment s'en prémunir ?

Tous les programmes de diffusion devraient comprendre un volet sur l'évaluation de l'impact de la diffusion, incluant les conséquences néfastes non désirées (20).

Pour éviter la vision « en tunnel » des pratiques, il peut notamment être proposé aux établissements ayant atteint un bon niveau de performance de ne plus recueillir les indicateurs sur cette thématique, ce qui leur permettrait de se consacrer à d'autres priorités (mise en place d'indicateurs optionnels par exemple) (42).

Le « gaming » et la falsification des données peuvent être évités en effectuant des contrôles ponctuels pour vérifier la validité des données recueillies.

7. Évaluation de l'impact de la diffusion publique auprès des usagers

7.1. Évaluation de l'accessibilité aux données

A ce jour, les usagers consultent peu les programmes de diffusion publique, et les utilisent peu pour faire un choix ou prendre une décision (33). La mesure d'impact doit comprendre une mesure de la dissémination (connaissance du programme de diffusion publique) et une mesure de la compréhension et de l'utilisation par les usagers (24). Il est nécessaire d'avoir des actions de promotion de la diffusion (41).

7.2. Évaluation de la satisfaction des utilisateurs

La mesure d'impact doit comprendre une mesure de la dissémination (connaissance du programme de diffusion publique) et une mesure de la compréhension et de l'utilisation par les usagers (24).

Recherche documentaire

Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

La base de données Medline a été interrogée en langue anglaise et française à partir de l'équation de recherche suivante de janvier 2000 à mai 2010.

("Public report card?" [title] OR "Public Performance Report?" [title] OR "Public reporting"[title] OR "public report"[title] OR "ligne reporting"[title] OR "public "performance data report?" [title] OR "Public Information Policy"[title] OR "Publicly release?" [title] OR "Publicly disclosure"[title] OR "Information dissemination"[title] OR "Publicly report?" [title] OR "Publicly Disclosed Information"[title] OR "information method?" [title] OR "results description" [title] OR "hospital comparison method" [title] OR "benchmarking method?" OR "dashboards" OR pamphlet OR "Disclosure"[Majr] Or "Truth Disclosure"[Majr] OR "Information Dissemination"[Majr] OR Disclosure[title]) AND ("Quality Indicators, Health Care"[Majr] OR "Performance measure"[title] OR "Performance measures"[title] OR "Quality measure"[title] OR "Quality indicator"[title] OR "Performance indicator*"[title] OR "Performance evaluation"[title] OR "Hospital comparison*"[title] OR "Hospital ranking"[title] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Majr] OR "Quality of Health Care"[Majr] OR "Quality Indicators, Health Care"[Majr] OR OR "Accreditation"[Majr] OR "Outcome measure*"[title] OR "Risk Adjustment"[Majr] Or "Outcome Assessment (Health Care)"[Majr] OU ("Quality Assurance, Health Care"[Majr] OR "Certification"[Majr]) OR "Quality Assurance, Health Care"[Majr] OR "Healthcare indicators"[title] OR "patient safety outcome"[title] OR "in-hospital outcome"[title] OR "core measure?"[title]).*

411 références ont été obtenues.

Une veille documentaire a été conduite jusqu'en février 2011.

Sites consultés

- Agency for Healthcare Research and Quality
- AHRQ Quality Indicators
www.qualityindicators.ahrq.gov
- AHRQ National Quality Measures Clearinghouse
www.qualitymeasures.ahrq.gov
- TalkingQuality
www.talkingquality.ahrq.gov
- L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
www.anap.fr
- Canadian Institute for Health Information (CIHI)
www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_e
- Care quality commission (UK)
www.cqc.org.uk

- Compaqh COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
<http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh>
- Clinical and Health Outcomes Knowledge Base (NHS)
www.nchod.nhs.uk
- Department of Veterans' Affairs
www.dva.gov.au
- Health Quality Service (UK) HQS:
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
www.jointcommission.org
- KCE Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique)
http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228
- King's Fund
www.kingsfund.org.uk
- Maine health management coalition
www.mhmc.info/about/disclaimer/?goto=%2Fdoctor-ratings%2F
- Ministère de la Santé et des Services sociaux MSSS QUEBEC
www.msss.gouv.qc.ca
- Organisation for Economic for Co-Operation and Development (OCDE) Health Care Quality Indicators Project
www.oecd.org/health/hcqi
- SIMPATIE <http://www.simpatie.org/Main/pf1175587453/wp1175588035/wp1176820943>
- Wales audit Office
www.wao.gov.uk/home.asp
- Wisconsin Hospital Association
www.wha.org/qualityAndPatientSafety/default.aspx

Bibliographie

1. Agency for Healthcare Research and Quality, Hibbard J, Sofaer S. Best practices in public reporting no. 1: How to effectively present health care performance data to consumers. Rockville (MD): AHRQ; 2010.
www.ahrq.gov/qual/pubrptguide1.pdf
2. Shaller D, Sofaer S, Findlay SD, Hibbard JH, Lansky D, Delbanco S. Consumers and quality-driven health care. A call to action. *Health Aff* 2003;22(2):95-101.
3. Hibbard JH. Being strategic with public reports [editorial]. *Int J Qual Health Care* 2001;13(5):353-5.
4. Agency for Healthcare Research and Quality, Sofaer S, Hibbard J. Best practices in public reporting no. 2: Maximizing consumer understanding of public comparative quality reports: Effective use of explanatory information. Rockville (MD): AHRQ; 2010.
www.ahrq.gov/qual/pubrptguide2.pdf
5. Schneider EC, Lieberman T. Publicly disclosed information about the quality of health care: response of the US public. *Qual Health Care* 2001;10(2):96-103.
6. Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care* 2004;16(Suppl 1):i57-63.
7. Minvielle E. Classement des hôpitaux: jusqu'ou ? *Rev Hosp Fr* 2005;(505):34-8.
8. Ross JS, Sheth S, Krumholz HM. State-sponsored public reporting of hospital quality: results are hard to find and lack uniformity. *Health Aff* 2010;29(12):2317-22.
9. Fermon B, Levy P. La diffusion de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
10. Boyce T, Dixon A, Fasolo B, Reutskaja E. Choosing a high-quality hospital. The role of nudges, scorecard design and information. London: King's Fund; 2010.
www.kingsfund.org.uk/publications/choosing_a.html
11. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital: les clés pour comprendre. Paris: ANAP; Ministère de la santé et des sports; 2010.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
12. Robinowitz DL, Dudley RA. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? *Annu Rev Public Health* 2006;27:517-36.
13. 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(11):591-604.
14. Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *JAMA* 2005;293(10):1239-44.
15. Marshall M, McLoughlin V. How do patients use information on providers? *BMJ* 2010;341:1255-7.
16. 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.

17. Nelson EC, Homa K, Mastanduno MP, Fisher ES, Batalden PB, Malcolm EF, et al. Publicly reporting comprehensive quality and cost data: a health care system's transparency. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31(10):573-84.
18. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Qual Health Care* 2000;9(1):53-7.
19. 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.
20. American College of Cardiology Foundation Writing Committee, Drozda JP, Hagan EP, Mirro MJ, Peterson ED, Wright JS. ACCF 2008 health policy statement on principles for public reporting of physician performance data. *J Am Coll Cardiol* 2008;51(20):1993-2001.
21. 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.
22. Davies H. Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. Edinburgh; Glasgow: NHS Quality Improvement Scotland; 2005.
www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Davies%20Paper.pdf
23. Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures: using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med* 2010;363(7):683-8.
24. Barr JK, Boni CE, Kochurka KA, Nolan P, Petrillo M, Sofaer S, et al. Public reporting of hospital patient satisfaction: the Rhode Island experience. *Health Care Financ Rev* 2002;23(4):51-70.
25. Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer reports in health care: do they make a difference? *Annu Rev Public Health* 2001;22:69-89.
26. 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.
27. Marshall MN, Shekelle PG, Davies HTO, Smith PC. Public reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Aff* 2003;22(3):134-48.
28. Rothberg MB, Morsi E, Benjamin EM, Pekow PS, Lindenauer PK. Choosing the best hospital: the limitations of public quality reporting. *Health affairs* 2008;27(6):1680-7.
29. Rothberg MB, Benjamin EM, Lindenauer PK. Public reporting of hospital quality: recommendations to benefit patients and hospitals. *J Hosp Med* 2009;4(9):541-5.
30. Inspection générale des affaires sociales, Bras PL, Gohet P, Lopez A. Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé. Paris: IGAS; 2010.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000502/0000.pdf>
31. Daucourt V. Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet. Besançon: REQUA; 2006.
32. Damman OC, van den Hengel YK, van Loon AJ, Rademakers J. An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis. *J Med Internet Res* 2010;12(2):e8.
33. Rand, Nuffield Trust, Marshall MN, Shekelle PG, Brook RH, Leatherman S. Dying to know: public release of information about quality of health care. Santa Monica ; London: Rand ; Nuffield Trust; 2000.

34. Lagu T, Lindenauer PK. Putting the public back in public reporting of health care quality. *JAMA* 2010;304(15):1711-2.
35. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé. Revue de la littérature et des sites internet, Compaqh-Inserm. Paris: Ministère du travail des relations sociales de la famille de la solidarité de la ville; Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget des compteurs publics et de la fonction publique; 2009.
www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud88.pdf
36. Jewett JJ, Hibbard JH. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. *Health Care Financ Rev* 1996;18(1):75-94.
37. Shahian DM, Wolf RE, Iezzoni LI, Kirle L, Normand SL. Variability in the measurement of hospital-wide mortality rates. *N Engl J Med* 2010;363(26):2530-9.
38. Schneider EC, Epstein AM. Use of public performance reports. A survey of patients undergoing cardiac surgery. *JAMA* 1998;279(20):1638-42.
39. Reimann S, Strech D. The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites. *BMC Health Serv Res* 2010;10:332.
40. Agency for Healthcare Research and Quality, Sofaer S, Hibbard J. Best practices in public reporting no. 3: How to maximize public awareness and use of comparative quality reports through effective promotion and dissemination strategies. Rockville (MD): AHRQ; 2010.
www.ahrq.gov/qual/pubrptguide3.pdf
41. Kanouse DE, Spranca M, Vaiana M. Reporting about health care quality: a guide to the galaxy. *Health Promot Pract* 2004;5(3):222-31.
42. 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):93-8.
43. 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):567-78.
44. Menemeyer ST, Morrissey MA, Howard LZ. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information. *Inquiry* 1997;34(2):117-28.
45. Schilte A. Le classement des hôpitaux: une nouvelle manière de rendre des comptes. In: Dumez H, ed. *Rendre des comptes. Nouvelle exigence sociétale*. Paris: Dalloz; 2008. p. 64-83.
46. Henderson A, Henderson S. Provision of a surgeon's performance data for people considering elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;Issue 11:CD006327.
47. Carman KL. Improving quality information in a consumer-driven era: Showing differences is crucial to informed consumer choice. In: Agency for Healthcare Research and Quality, Centers for Medicare & Medicaid Services, ed. *10th National CAHPS User Group Meeting, March 31, 2006*. Rockville: AHRQ; 2006. p. 9-11.
48. Brown DS, Aydin CE, Donaldson N. Quartile dashboards: translating large data sets into performance improvement priorities. *J Healthc Qual* 2008;30(6):18-30.
49. 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.

50. Dijs-Elsinga J, Otten W, Versluijs MM, Smeets HJ, Kievit J, Vree R, et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making* 2010;30(5):544-55.
51. American Institutes for Research. How to report results of the CAHPS clinician & group survey. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation; 2010. www.cahps.ahrq.gov/content/products/pdf/How_to_Report_Results_of_CG-CAHPS_080610_FINAL.pdf
52. Epstein AM. Public release of performance data: a progress report from the front. *JAMA* 2000;283(14):1884-6.
53. Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Analyse critique du développement d'indicateurs composites : le cas de l'infarctus du myocarde à la sortie de l'établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-07/ipaqss_rapport_indicateurs_composites.pdf
54. Zaslavsky AM, Zaborski L, Cleary PD. Does the effect of respondent characteristics on consumer assessments vary across health plans? *Med Care Res Rev* 2000;57(3):379-94.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00