

## Chapitre 5.

### Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé

Nicolaas S. Klazinga et Elettra Ronchi,  
Division de la santé, OCDE

*Ce chapitre expose brièvement les concepts fondamentaux concernant la qualité des services de santé et les différentes sortes d'informations qui peuvent s'avérer utile à cet égard. Il examine ensuite comment intensifier les efforts en cours par l'utilisation des technologies disponibles et étudie certains obstacles importants à une adoption plus large des TIC.*

## Introduction

L'amélioration de la collecte, de l'analyse, du partage et de l'utilisation des informations concernant la santé en vue de rehausser la qualité de prestation des soins médicaux occupe désormais une place prioritaire dans l'action publique de nombreux pays de l'OCDE. Ces dernières années, des données empiriques de plus en plus nombreuses ont montré qu'un écart substantiel existait entre la façon dont les soins de santé devraient être dispensés pour obtenir les meilleurs résultats possibles et la façon dont ils le sont dans la réalité (Schuster *et al.*, 1998 ; Institute of Medicine 2001 ; Fisher et Wennberg, 2003 ; McGlynn *et al.*, 2003). Cet écart est si grand qu'un groupe d'experts réuni par l'*Institute of Medicine* (IOM) l'a qualifié, dans un rapport publié en 2001, de « gouffre de la qualité » (IOM, 2001).

Il y a certes controverse au sujet de l'exactitude des données disponibles, mais on s'accorde aujourd'hui généralement à penser que les problèmes de qualité risquent d'avoir un impact sanitaire et économique important dans les pays de l'OCDE. Les principaux facteurs en sont les erreurs opératoires, dues le plus souvent à des défaillances des « systèmes » ou à de mauvaises décisions. Dans tous les pays de l'OCDE, les erreurs de médication sont à elles seules à l'origine d'un grand nombre de consultations en médecine générale et d'hospitalisations. Selon une étude publiée récemment (Pirmohamed *et al.*, 2004), le coût annuel des hospitalisations liées à des réactions indésirables aux médicaments est estimé, au Royaume-Uni, à 466 millions de livres. Ces réactions sont classées entre le quatrième et le sixième rang des principales causes de mortalité aux États-Unis (Lazarou *et al.*, 1998).

Les erreurs médicales et d'autres défauts de la qualité des soins ont des implications évidentes sur les performances des systèmes de santé. Les erreurs, par action comme par omission, nuisent au patient et entraînent un gaspillage des ressources financières. Les responsables publics qui souhaitent favoriser les bons résultats et optimiser les dépenses de santé doivent donc également chercher à concevoir et à préserver des systèmes qui généreront le moins d'erreurs possible, grâce au respect des normes établies en vue de promouvoir des soins de qualité. Des incitations peuvent être mises en place pour offrir des soins de qualité et prévenir les événements regrettables.

Le rapport de 2001 de l'IOM dénonce l'absence de coordination et de communication entre prestataires et entre prestataires et patients comme la cause essentielle des déficits de qualité observés. Il reproche aux systèmes de santé de ne pas parvenir à utiliser l'informatique, et aux prestataires de ne

pas s'appuyer sur des critères factuels et de ne pas enregistrer et notifier systématiquement leurs résultats.

Collectivement, les données recueillies au fil des années et publiées dans deux rapports de l'IOM (IOM, 2000 ; IOM, 2001), puis analysées par l'OCDE (OCDE, 2004), ont soulevé la question de savoir si le modèle en vigueur pour surveiller et améliorer les services de santé (fondé sur une méthode fragmentaire et sporadique de collecte et d'utilisation des informations de santé) est encore viable. Ces travaux cherchent également à déterminer si la priorité exclusive accordée à la responsabilité individuelle et à l'autoréglementation de la profession, née avec des pionniers tels que Florence Nightingale et Ernest Codman au XIX<sup>e</sup> siècle et au début du XX<sup>e</sup> siècle, suffit.

La pratique de la médecine a fondamentalement évolué au fil du temps. La prestation des soins a été progressivement transférée des médecins particuliers à des institutions complexes et polyvalentes, qui emploient divers professionnels, médicaux et non médicaux. Une part substantielle de la procédure de prestation de soins ne relève plus du seul contrôle des médecins, et a fortiori d'un médecin unique. Compte tenu de ces évolutions, les systèmes de santé sont désormais confrontés, presque partout, à des problèmes nouveaux et inattendus en matière de suivi des procédures médicales et des résultats. On observe un intérêt grandissant pour les méthodes appliquées à l'assurance de la qualité en médecine, notamment en matière d'évaluation de la qualité et des résultats des services de santé, ainsi que de leur précision et de leur fiabilité. Cet intérêt a suscité une prise de conscience quant à la nécessité d'adopter une approche plus globale d'intégration des systèmes à la collecte d'informations sur la santé.

L'adoption des technologies de l'information et des communications (TIC) est essentielle pour améliorer la qualité des soins. La collecte et le traitement automatisés des données peuvent fournir des données plus abondantes sous une forme accessible qui facilite l'analyse comparative et permet de définir plus aisément les moyens d'améliorer la qualité. Plusieurs réussites spectaculaires semblent indiquer qu'associés à des réformes structurelles et à une refonte des systèmes, les programmes de gestion des performances fondés sur des indicateurs, les investissements dans les TIC et l'application de directives cliniques peuvent contribuer à la qualité des soins.

Pour les responsables publics, il s'agit à court terme de définir quelles politiques et réformes institutionnelles et techniques doivent être mises en œuvre pour superviser et améliorer la qualité des soins. À cet égard, le présent chapitre examine plusieurs stratégies appliquées à ce jour dans les pays de l'OCDE. La première section expose d'abord brièvement les concepts fondamentaux concernant la qualité des services de santé, les

différentes sortes d'informations qui peuvent s'avérer utile à cet égard, leurs points forts et leurs points faibles, en s'appuyant sur le Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. La seconde section examine comment intensifier les efforts en cours par l'utilisation des technologies disponibles. Enfin, les auteurs passent en revue les initiatives récentes dans ce domaine, étudient certains obstacles importants à une adoption plus large des TIC et analysent les enseignements tirés de l'expérience.

## Qu'est-ce que la qualité des soins ?

Il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins de santé, mais celle de l'IOM est couramment utilisée : « La qualité est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux particuliers et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats en matière de santé désirés et sont conformes aux jugements professionnels actuels ». Cette définition part de l'hypothèse que la qualité est une notion relative, et qu'il convient, pour la mesurer, de définir si les procédures et les résultats médicaux sont conformes à ce qui pourrait être attendu ou à ce qui est conseillé compte tenu des connaissances et des pratiques scientifiques médicales existants. Ces connaissances étant elles-mêmes en grande partie fondées sur les études conduites sur des groupes de patients, il s'agit en essence de l'application à des individus d'informations collectives obtenues de manière systématique. Il en va de l'évaluation de la qualité des soins dans la pratique médicale comme des travaux dans d'autres domaines scientifiques : elle exige la collecte et l'analyse systématiques des données.

Selon la langue spécialisée du secteur, l'expression *évaluation de la qualité* désigne la procédure neutre consistant à mesurer la qualité ; l'*assurance de la qualité* englobe l'évaluation de la qualité et les dispositions adoptées en vue de respecter une norme préétablie, et l'*amélioration de la qualité* a trait aux mesures qui s'appuient sur les conclusions de l'évaluation pour améliorer les résultats. Les politiques associées à ces trois expressions peuvent servir à remplir différentes fonctions dans le contexte des systèmes de santé : renforcement de la responsabilité (des prestataires envers les patients, les acheteurs et les autorités sanitaires), amélioration des achats (de services de prestataires), élargissement de l'éventail de choix des patients pour des prestataires spécialisés, auto-perfectionnement des prestataires et amélioration de la prise de décision factuelle. Toutes les mesures de la qualité n'étant pas adaptées à toutes les fonctions, il conviendra peut-être de les ajuster à chacune d'elles séparément.

Selon Donabedian (1988), la qualité a trait à la structure, à la procédure et aux résultats de la prestation lorsqu'elle s'applique aux services de soins

et aux systèmes de santé au sens large. Le terme *qualité* peut également couvrir des aspects tels que l'accessibilité, l'utilité, l'acceptabilité, la rapidité et la continuité des soins. Dans un rapport de 2001 qui a fait date, l'IOM a également cité l'efficacité et l'efficacités parmi les six objectifs qualitatifs essentiels d'un système de santé (IOM, 2001). L'amélioration de la qualité peut ainsi largement contribuer à accroître l'efficacité globale des systèmes de santé. Cet article analyse les évaluations de la qualité sous deux angles principaux : l'efficacité et la satisfaction des patients, les mesures de l'efficacité étant destinées à prendre en compte à la fois les résultats en santé souhaités et les résultats négatifs, lesquels sont parfois associés au terme de « sécurité ». Ces informations doivent comprendre l'ensemble des procédures médicales et des résultats de santé et intégrer la notion de temps, à savoir la rapidité avec laquelle les soins sont apportés et les mesures longitudinales (les évolutions dans le temps). Les mesures doivent aussi permettre d'évaluer les soins dans différents contextes, et donc être dynamiques et sans contrainte. Ces mesures doivent répondre à des questions fondamentales : les patients ont-ils bénéficié de toute la gamme des services ou uniquement des services dont ils sont susceptibles de bénéficier ? Les services ont-ils été fournis avec rapidité et efficacité ? Les patients ont-ils obtenu les résultats souhaités à court et à long terme ?

### ***De quelle manière la qualité est-elle mesurée ?***

Il existe cinq sources primordiales de données pour évaluer la qualité, dont la collecte est caractérisée par un degré croissant de complexité : les registres nationaux, les informations administratives, les enquêtes démographiques, les enquêtes auprès des patients et les dossiers cliniques (encadré 5.1). Chacune d'elles est utile à la description de certains aspects de la qualité, et certaines ont été utilisées par l'OCDE dans le cadre de son Projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé<sup>1</sup>. A ce stade, ce programme a défini 19 indicateurs internationaux qui sont régulièrement notifiés. Le tableau 5.1 les regroupe en fonction du type de services et par procédure et résultat. Onze d'entre eux sont tirés des registres nationaux (taux de survie pour le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus, taux de mortalité dû à l'asthme, taux d'incidence et de vaccination de la rougeole, de la coqueluche et de l'hépatite B) ; quatre proviennent de données administratives (taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux, taux d'admission à l'hôpital de personnes souffrant d'asthme, délais d'attente pour une intervention chirurgicale après une fracture de la hanche), trois dérivent en partie des enquêtes démographiques (taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, et taux de tabagisme), et un en partie d'enquêtes concernant les patients (examen rétinien annuel pour les diabétiques)<sup>2</sup>.

### Encadré 5.1. Sources de données pour mesurer la qualité

#### Registres publics

*Registres publics de naissance et de décès* : les États enregistrent la naissance, le décès et l'état civil de leurs citoyens. et exigent des médecins qu'ils établissent le décès et le signalent aux autorités municipales. Les obsèques sont souvent subordonnées au certificat de décès délivré par le médecin. Il est devenu possible d'effectuer des études épidémiologiques à partir des données enregistrées sur la mortalité quand les registres de décès ont commencé à indiquer systématiquement les causes des décès. Avec la normalisation internationale des causes de décès, les statistiques de mortalité peuvent servir à suivre les causes de décès dans un pays et à en comparer l'évolution avec celles d'autres nations.

*Registres de santé publique* : la plupart des pays possèdent également des systèmes bien établis de notification des maladies infectieuses. Il est possible d'utiliser ces données pour surveiller la prévalence et l'incidence de certaines maladies que les médecins doivent obligatoirement signaler. Conjugées aux informations contenues dans les registres de naissance, ces données peuvent également guider les politiques de vaccination. Les registres des naissances et de santé servent à établir les calendriers de vaccination dans les pays qui ont mis en place des programmes nationaux de vaccination.

Il existe des *registres consacrés à des maladies particulières*, mais ils sont moins répandus. Plusieurs pays disposent de registres de cancer qui ont fourni des données pour calculer l'évolution des taux de survie. Les registres de maladies chroniques, comme les registres du diabète, sont plus rares, et souvent locaux ou régionaux. Il existe parfois des registres spécialisés pour certaines procédures, telles les arthroplasties totales de la hanche ou les pontages coronariens et les complications qui peuvent en découler.

#### Bases de données administratives

Elles contiennent généralement des données démographiques et des informations sur les séjours à l'hôpital, l'état du patient à la sortie (en vie ou pas), les diagnostics principaux et secondaires et les procédures. Ces données proviennent généralement de systèmes informatiques utilisés aux fins de facturation, de remboursement ou d'administration des soins de santé (tel le Uniform Hospital Discharge Set, UHDDS, aux États-Unis). Certaines bases de données contiennent également des informations provenant du secteur ambulatoire et concernant les consultations, les analyses et les médicaments.

#### Enquêtes démographiques

Les enquêtes démographiques se multiplient et sont de plus en plus utilisées pour évaluer la qualité des soins en posant à la population des questions concernant l'accès aux soins, l'utilisation des services de santé, la consommation de médicaments et les aspects relationnels de la prestation de soins, les résultats fonctionnels et les symptômes. L'OMS

fait appel à ces enquêtes pour évaluer la réactivité des systèmes sanitaires, et le Fonds du Commonwealth, installé à New York, s'en sert pour évaluer des composantes particulières de la qualité des soins dans le temps et dans différents pays, en focalisant parfois son étude sur des groupes précis, comme les personnes âgées.

### **Enquêtes auprès des patients**

Les enquêtes auprès des patients portent sur un échantillon de personnes ayant récemment reçu une catégorie de soins donnée ; elles concernent divers aspects des soins, et font appel à des instruments d'évaluation et de notification normalisés. Ces informations peuvent généralement être consultées sur des sites internet publics. Bien qu'elles soient à la disposition du grand public, les preuves d'un recours actif à ces données par les consommateurs sont rares. Les enquêtes auprès des patients peuvent toutefois constituer un indicateur utile du fonctionnement du système de santé et fournir des informations importantes, sur le fonctionnement du marché des soins par exemple.

### **Dossiers médicaux**

Le dossier médical est l'enregistrement systématique, au fil du temps, des antécédents et des soins médicaux d'un patient. Il comporte des renseignements personnels (nom, date de naissance, etc.) qui sont enregistrés à l'échelon local par un prestataire de soins. Les dossiers médicaux étaient auparavant rédigés sur papier et sur fiches, et étaient conservés dans des dossiers. Aujourd'hui, avec les techniques de l'information, ils peuvent être archivés sous forme électronique et diffusés, en principe, sur toute la chaîne de soins. Le dossier médical électronique est un dossier longitudinal que tiennent tous les spécialistes consultés par le patient ; il comprend les dossiers de soins infirmiers et les dossiers tenus par les professionnels paramédicaux, notamment les informations relatives aux analyses effectuées, aux procédures suivies et aux médicaments prescrits. Dans l'idéal, il constitue un dossier complet qui peut être étudié à toute étape de la prestation des soins, dont la confidentialité est protégée par les mesures nécessaires, sous le contrôle du patient.

Les données et informations contenues dans les dossiers médicaux sont collectées à deux niveaux : à celui du patient, et à celui de la population. A l'échelon du patient, il importe que les informations soient complètes, recueillies en temps opportun, enregistrées de manière sûre et aisément récupérables. A celui de la population, le dossier « idéal » devrait être établi de telle manière que les informations concernant les patients puissent faire l'objet d'un suivi dans le temps et dans différentes bases de données aux fins d'assurance de la qualité - d'où l'intérêt d'un identifiant unique de patient. Cela nécessite également un système normalisé de codage et d'enregistrement des procédures, des analyses, des médicaments utilisés et surtout des résultats (état de santé, fonctionnalité et résultats négatifs). Si quelques progrès ont été accomplis ces dernières années, la mise en place des dossiers de santé électroniques est très lente.

**Tableau 5.1. Présentation générale des indicateurs utilisés dans le cadre du Projet de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé**

<i>Résultat</i>	<i>Procédure</i>
<b>Traitement des affections aiguës</b>	
Taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde à l'hôpital	Délais pour une intervention après fracture de la hanche pour les personnes âgées de plus de 65 ans
Taux de mortalité de l'accident hémorragique cérébral et de l'accident ischémique cérébral à l'hôpital	
<b>Traitement du cancer</b>	
Taux de survie du cancer colorectal	Dépistage mammographique
Taux de survie du cancer du sein	Dépistage du cancer du col de l'utérus
Taux de survie du cancer du col de l'utérus	
<b>Traitement des maladies chroniques</b>	
Taux d'admission hospitalière pour asthme (personnes âgées de plus de 18 ans)	Examen rétinien annuel des diabétiques
Taux de mortalité dû à l'asthme (personnes âgées de 5 à 39 ans)	
<b>Prévention des maladies transmissibles</b>	
Incidence de la rougeole	Vaccination contre la rougeole
Incidence de la coqueluche	Vaccination contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos
Incidence de l'hépatite B	Vaccination contre l'hépatite B
	Vaccination contre la grippe (personnes âgées de plus de 65 ans)
<b>Divers</b>	
Taux de tabagisme	

***À quels problèmes se heurtent les comparaisons internationales ?***

Si elles sont généralement utiles pour suivre l'évolution de la situation dans les pays au fil du temps, les données provenant de ces sources sont moins fiables pour établir des comparaisons entre pays. Cela tient à plusieurs raisons. Premièrement, compte tenu des différentes définitions employées, les comparaisons internationales peuvent se révéler problématiques, sinon impossibles. A titre d'exemple, les données administratives et les données de registres ne reposent pas toujours sur le même système de classification. Si les données concernant les diagnostics ou la morbidité se fondent dans de nombreux pays sur la Classification



internationale des maladies (CIM-9 et CIM-10), plusieurs pays utilisent encore la Classification internationale des interventions en santé et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de manière systématique sur l'ensemble du système de santé. Les problèmes de codage sont particulièrement sérieux dans le cas des registres associés à des maladies telles que le cancer et le diabète. Bien que les définitions employées dans ces registres soient régies par une norme internationale, celle-ci est appliquée de façon irrégulière, et les détails ou informations utiles sont souvent absents (le stade d'avancement de la maladie dans le diagnostic des cancers par exemple), ce qui limite leur utilité pour construire des indicateurs ajustés comparables de la qualité. De même, tous les pays ne codent pas systématiquement et de manière comparable les co-morbidités dans les registres nationaux de décès. Dans ce contexte, les bases de données administratives ont pour principaux défauts l'inexactitude actuelle du codage, l'absence de codage spécifique (co-morbidités ou complications par exemple), et le manque d'informations quant à la gravité de l'état pathologique.

Deuxièmement, dans le cas des enquêtes démographiques, les déclarations des patients en ce qui concerne les observations cliniques ou les procédures techniques présentent des inexactitudes (Fowler, 2002). Ces enquêtes risquent donc d'être moins précises que les données des registres nationaux portant sur des maladies spécifiques. Ainsi, dans certains pays, les taux de dépistage du cancer sont estimés d'après ce type d'enquête, alors qu'ils pourraient être plus précis s'ils utilisaient des données tirées de programmes de dépistage nationaux. Troisièmement, les enquêtes conduites auprès des patients, à l'instar des enquêtes démographiques, présentent des problèmes de biais de sélection et de biais de rappel, et la méthode suivie peut varier selon les pays. Aux États-Unis, on a fait appel à la méthode *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) pour mesurer la satisfaction des patients ; au Royaume-Uni et dans quelques pays européens, c'est celle du Picker Institute qui a été appliquée. Par ailleurs, l'exactitude des déclarations des patients sur les observations cliniques et les procédures techniques soulève des doutes (Fowler, 2002).

Enfin, si les dossiers médicaux électroniques offrent les meilleures chances d'améliorer l'évaluation de la qualité clinique à l'avenir, ils sont encore souvent incomplets. Les données ne sont généralement disponibles que sous forme agrégée et sont tirées des dossiers médicaux de groupes de patients. Elles portent sur des éléments spécifiques : maladies, diagnostics (l'ensemble des diabétiques par exemple) ou recommandations pour analyses ou procédures ou prescriptions de médicaments (dosages de HbA1C chez les diabétiques, pourcentage de diabétiques utilisant de l'insuline) et, surtout, réactions négatives et autres résultats des soins

(pourcentage de diabétiques souffrant de complications visuelles, rénales et du pied). Cette approche se fonde sur l'hypothèse selon laquelle les diagnostics, les résultats des analyses, les procédures et les résultats font l'objet d'un enregistrement normalisé, ce qui n'est pas toujours le cas.

## **Améliorer l'évaluation de la qualité des soins de santé et le rôle des TIC**

L'analyse comparative peut constituer un moyen efficace d'encourager le changement et l'amélioration continue. En particulier, les comparaisons internationales peuvent aider les responsables de la politique de la santé à déterminer les causes de la qualité insuffisante des soins médicaux et à mettre en lumière des mesures susceptibles d'y remédier. Cependant, l'évaluation de la qualité se heurte encore à d'énormes difficultés. Bien qu'il existe davantage d'indicateurs, les problèmes de comparabilité et de qualité des données persistent. Pour progresser dans ce domaine, il faudra réformer l'organisation et la structure des systèmes d'information sur la santé et la façon dont les données sont recueillies.

Il est notamment essentiel de déterminer comment tirer le meilleur parti des données administratives. Comme précédemment indiqué, de nombreuses questions se posent quant à l'exactitude et à l'exhaustivité des bases de données administratives, étant donné les différences de codage, l'absence de spécificité et le manque d'informations sur la gravité de l'état pathologique sous-jacent. Qui plus est, les dossiers administratifs contiennent peu d'informations cliniques susceptibles d'éclairer l'évaluation de la qualité. Ils ne peuvent faire la lumière sur la qualité relationnelle des soins, évaluer la qualité technique des procédures de soins, déterminer la plupart des erreurs d'omission et de commission, ou évaluer la pertinence des soins.

Divers efforts ont été déployés ces dernières années pour intégrer dans les bases de données administratives davantage d'informations cliniques utiles. Ainsi, la mesure de la qualité serait améliorée si les données sur les taux de létalité pouvaient être ajustées en fonction des cas (d'après des données de référence cliniques), et si les taux de létalité hospitalière pouvaient être comparés aux taux dégagés des statistiques nationales de mortalité.

Pour réaliser ces améliorations, il faudra relier entre elles diverses bases de données. Compte tenu de l'évolution rapide des technologies de l'information, cette démarche est techniquement réalisable. Comme on le voit dans les paragraphes suivants, de nombreux efforts déterminants pour l'avenir sont actuellement déployés, dont en particulier l'instauration du dossier médical électronique et de l'identifiant unique du patient. Pour des raisons de confidentialité, l'adoption de cet identifiant continue de susciter

de vifs débats dans de nombreux pays, bien que, de l'avis général, ces liens soient essentiels pour construire des indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins. Les pays qui ont adopté l'identifiant unique du patient, comme les pays scandinaves, disposent de capacités de mesure de la qualité nettement plus développées. La définition, le contenu et la couverture des données administratives devraient donc connaître une évolution considérable au cours des prochaines années. L'amélioration de l'enregistrement des données et la multiplication des moyens de relier les dossiers médicaux aux registres et bases de données administratives devraient sensiblement augmenter les possibilités de mesurer la qualité des soins.

Dans ce contexte, le Comité de la santé de l'OCDE a entériné l'avis formulé par le Groupe d'experts chargé du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, qui préconise d'encourager l'adoption de l'identifiant unique du patient et le codage des co-morbidités et diagnostics à l'hôpital ou dans les maisons médicalisées. Par la suite, un accord sur les normes relatives aux diagnostics, aux procédures et à d'autres informations cliniques non numériques sera cependant nécessaire pour préserver la comparabilité internationale.

### ***Obstacles généraux à l'introduction des TIC***

Les TIC devraient être un instrument essentiel de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité, étant donné leur capacité de simplifier la collecte des données ainsi que la gestion et la manipulation de gros fichiers. Or, leur diffusion dans le système de santé est à ce stade limitée par rapport à d'autres secteurs d'activité dans les pays membres de l'OCDE. Par ailleurs, l'adoption des TIC n'est pas homogène sur le marché des soins.

A l'heure actuelle, c'est dans les domaines financiers et administratifs que l'on trouve les applications de TIC les plus développées. Les programmes informatiques permettant d'améliorer le fonctionnement des hôpitaux, tels que les systèmes comptables, le traitement des demandes ou l'archivage des données, existent depuis le début des années 60. La transmission numérique des résultats de laboratoire et de radiologie est également bien établie dans de nombreux pays. En comparaison, l'adoption d'applications destinées à améliorer la qualité et la rapidité des soins a progressé lentement. Ce sont les questions de coût et de fonctionnement, telles la gestion de la masse salariale, et la quête de gains de productivité, plutôt que les besoins cliniques, qui ont motivé la plupart des investissements dans les TIC dans le secteur de la santé. L'hôpital de proximité type, et même quelques grands centres médicaux, ne disposent pas des dernières technologies de l'information destinés à améliorer l'efficacité des soins et le flux des patients, à éclairer les décisions cliniques, à réduire le

nombre d'erreurs médicales et à renforcer la communication entre prestataires, et entre prestataires et patients (IOM, 2006).

De nombreuses études ont récemment été publiées qui examinent les obstacles possibles à l'adoption des TIC dans les systèmes de santé (voir par exemple Taylor *et al.*, 2005 ; et Scott *et al.*, 2005). L'incertitude quant aux coûts réels, aux avantages et aux résultats associés à ces technologies figure parmi les principaux obstacles. Ces systèmes sont coûteux et les investissements considérables, tant dans la phase initiale que par la suite. Si le risque financier varie en fonction du niveau et de l'ampleur de l'investissement réalisé, il n'est pas toujours possible d'avancer des arguments convaincants quant au retour sur investissement. L'absence de lien entre ceux qui investissent dans les TIC et ceux qui en profitent pose un problème particulier. Au stade actuel, les analyses appellent l'attention sur les défaillances du marché et sur la nécessité d'instaurer un mécanisme d'incitations ou de réformer les mesures réglementaires.

Outre le risque financier, il existe d'importants risques sociaux et comportementaux. La diversité des intervenants dans le secteur de la santé et la fragmentation des systèmes de santé pèsent lourd dans le niveau d'adoption décevant des TIC. Les soins sont souvent délivrés par divers médecins et autres prestataires indépendants qui travaillent dans des cadres très variés. Pour optimiser les possibilités qu'offrent les systèmes informatiques modernes, il faudrait une refonte des systèmes de santé et une évolution des modèles d'organisation vers des approches globales des soins de santé et un libre partage des informations, des connaissances et de l'expérience. Ces évolutions se heurtent toutefois à des obstacles institutionnels, financiers et culturels considérables. A l'échelon local, il n'existe pas de bonus financier récompensant l'amélioration des échanges d'informations cliniques entre des organismes de soins qui collaborent régulièrement dans la prestation de soins à une clientèle commune de patients.

Il faut également établir des mécanismes appropriés pour l'adoption de normes et l'interopérabilité afin de pouvoir échanger des informations cliniques concernant des patients communs aux fins de traitement (Ash et Bates, 2005). Si les organismes de soins ont accès à un nombre toujours croissant de produits informatiques, leur interconnexion continue de poser un grave problème. Étant donné la diversité des méthodes exclusives, variables selon les fournisseurs et souvent nouvelles, la tâche consistant à normaliser la saisie des informations demeure colossale, malgré les efforts récemment déployés dans les secteurs public et privé (Waegemann *et al.*, 2002).

### ***L'utilisation des TIC à des fins d'amélioration de la qualité : perspectives***

Les systèmes d'évaluation et de notification de la qualité peuvent produire des données à des fins de comptabilité ou de recherche médicale, mais ils peuvent aussi être employés de multiples manières à l'appui d'une amélioration directe des résultats. Ainsi, la diffusion publique des résultats se généralise dans plusieurs pays de l'OCDE. Une autre approche testée dans les secteurs public et privé consiste à associer la rémunération des prestataires à un jeu standard d'indicateurs qualitatifs de la performance. L'établissement d'un lien entre la rémunération et les aspects qui appellent une amélioration et constituent des mesures crédibles de la qualité s'est avéré particulièrement efficace dans le secteur des soins primaires car il n'est pas facile de convaincre les médecins généralistes de procéder à des changements tant que des données ne leur sont pas soumises qui leur permettent de constater de visu l'écart entre les pratiques optimales et les soins médicaux effectivement délivrés dans leur cabinet.

Les programmes qui ont adopté la « méthode de rémunération selon la performance » comportent généralement des objectifs de qualité consistant à appliquer des mesures préventives et fondées sur des procédures pour diverses affections chroniques. Ces objectifs ont été fixés en considération des excellents résultats sanitaires obtenus par certains types de traitement préventif et de la forte concentration des dépenses chez les personnes atteintes d'affections chroniques (Khunti *et al.*, 2007). Bien qu'aucune étude officielle n'ait encore clairement répondu à cette question, les premiers résultats des programmes de cette nature conduits aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les politiques de paiement associées à des indicateurs de qualité peuvent fortement influencer la façon dont les prestataires institutionnels (hôpitaux, systèmes de santé) et privés (médecins et autres professionnels de la santé) délivrent les soins.

Le système de rémunération selon la performance n'est pas un concept nouveau dans le domaine de la santé. Il y a bien plus de vingt ans que les organismes de gestion des soins et d'autres organismes payeurs offrent aux prestataires des incitations financières pour qu'ils remplissent des objectifs de productivité et de rentabilité (Conrad et Christianson, 2004). Cependant, la vague récente des programmes de rémunération selon la performance donne la priorité, et parfois l'exclusivité, à la qualité des soins. Cette démarche découle de l'idée selon laquelle l'amélioration de la qualité clinique entraînera une amélioration de la santé des patients, et que celle-ci se traduira à la longue par des économies.

Les systèmes de rémunération selon la performance ont pour caractéristique de pouvoir évaluer de manière fiable la performance d'un

prestataire et la qualité des soins. En conséquence, la validité des données utilisées à cette fin est un souci majeur pour les prestataires qui y participent (Bokhour *et al.*, 2006). Par ailleurs, les obligations en matière de notification mobilisent parfois beaucoup de main d'œuvre et de temps, et requièrent des compétences pour analyser les données, établir des hypothèses quant aux causes et définir des stratégies d'amélioration. La plupart des cabinets médicaux ne disposent pas de ces systèmes et de ces compétences. La seule instauration d'incitations financières ne pourra donc combler le gouffre de la qualité ; les programmes doivent simultanément mettre en place l'infrastructure auxiliaire et les capacités nouvelles qui permettront de procéder en permanence à des améliorations. De ce fait, la plupart des systèmes de rémunération selon la performance en vigueur établissent un lien direct entre les incitations et l'adoption et l'utilisation des TIC, telles que les prescriptions électroniques sur les lieux de soins ou les dossiers médicaux électroniques (DME). Une infrastructure de TIC de haute qualité peut renforcer les capacités de collecte d'informations des médecins et encourager la saisie électronique de données de laboratoire, pharmaceutiques, et d'autres sources nécessaires pour faire évoluer l'ensemble des évaluations cliniques établies à partir de mesures essentiellement fondées sur les procédures vers des évaluation de résultats.

Dans de cadre des travaux qu'elle a récemment consacrés aux incitations à l'adoption des TIC dans le secteur de la santé, l'OCDE a entamé un examen des dispositifs les plus réputés de rémunération selon la performance, notamment celui de l'*Integrated Healthcare Association* (IHA), en Californie, et du cadre national de contrôle de la qualité et des résultats (QOF) au Royaume-Uni (encadré 5.2). Des programmes similaires ont été mis en place et sont testés, dans les secteurs public et privé, dans de nombreux pays de l'OCDE. L'Australie a ainsi établi le *Practice Incentive Program* (PIP) pour rémunérer les médecins à l'acte. Ce programme insiste sur les aspects qui améliorent la qualité des soins dans le secteur de la médecine générale. Le PIP a récemment été élargi de manière à intégrer des incitations à l'utilisation volontaire de logiciels de prescription électronique et/ou d'un ordinateur sur site pour envoyer et recevoir des informations cliniques. Au Canada, le *Physician Office System Programme* a été mis en place dans la Province d'Alberta en 2004. Il fournit aux médecins généralistes une assistance financière, une aide à la gestion des modifications et des programmes de formation pour favoriser l'adoption des TIC aux fins d'amélioration de la qualité des soins primaires. Un programme analogue a été récemment lancé en Colombie britannique.

Le programme britannique QOF a soulevé un intérêt considérable au plan international car il constitue à la fois un programme de rémunération à

la performance et de rémunération à l'acte. Il offre l'un des exemples les plus explicites de la manière dont il est possible de mettre en place des incitations pour évaluer comme pour améliorer la qualité. Indiscutablement, la grande qualité de l'infrastructure des TIC et l'informatisation Le QOF est mesuré par le QMAS (*Quality Management and Analysis System*), un système informatique national mis au point par le programme *Connecting for Health* (CfH) du *National Health Service* (NHS). Le QMAS garantit l'uniformité des calculs de la qualité des prestations et de la prévalence des maladies, et il est relié aux systèmes de paiement. Les données utilisées pour calculer les indicateurs de la qualité clinique sont extraites des systèmes cliniques de chaque médecin généraliste et envoyées automatiquement au QMAS une fois par mois. Les informations sont agrégées au niveau des cabinets médicaux.

### **Encadré 5.2. Le cadre national de contrôle de la qualité et des résultats du Royaume-Uni**

Le Quality and Outcomes Framework (QOF) a été instauré au Royaume-Uni le 1er avril 2004 dans le cadre du nouveau contrat de services médicaux généraux (General Medical Services, ou GMS). Il s'agit d'un programme annuel facultatif de récompenses et d'incitations proposé à tous les cabinets de médecine généraliste du pays.

Le QOF comporte quatre domaines, chacun d'eux étant constitué d'un ensemble de mesures (les « indicateurs ») en fonction desquelles les cabinets peuvent cumuler des points selon le niveau de leur prestation :

- *Domaine clinique* : 80 indicateurs couvrant 19 champs cliniques (maladies coronariennes, insuffisance cardiaque, hypertension par exemple) ;
- *Domaine administratif* : 43 indicateurs couvrant cinq domaines administratifs : dossiers et informations, informations aux patients, enseignement et formation, gestion de cabinet et gestion pharmaceutique ;
- *Satisfaction des patients* : quatre indicateurs portant sur la longueur des consultations et sur les enquêtes conduites auprès des patients ;
- *Services complémentaires* : huit indicateurs couvrant quatre types de services : dépistage du cancer du col utérin, surveillance de la santé des enfants, services prénatals et services de contraception.

En 2004-05, les résultats des médecins ont été évalués par rapport à 146 indicateurs, dont plus de 50 % portaient sur la qualité clinique. À chaque point obtenu était associé un bonus financier, ce qui permettait aux médecins généralistes de percevoir une rémunération supplémentaire représentant jusqu'à 30 % de leur salaire, soit une hausse de 20 % du budget du NHS alloué aux généralistes.

Après une année d'application, le QOF semble avoir fait évoluer la qualité des soins délivrés aux patients dans deux des trois domaines qui avaient été contrôlés avant et après l'instauration des incitations (asthme et diabète). Les résultats enregistrés en 2004 montrent que la performance des généralistes a sensiblement dépassé les prévisions, et qu'ils ont en moyenne respecté à 91 % les orientations cliniques. Ce résultat est peut-être aussi en partie imputable aux nombreuses interventions qui ont précédé le QOF, telles l'élaboration de directives nationales pour les principales maladies, la procédure appelée « gouvernance clinique », et une procédure d'inspection nationale\*.

Le QOF a également considérablement influé sur l'enregistrement des indicateurs de qualité et des ordonnances associés aux maladies coronariennes (augmentation moyenne absolue de 17.1 %). A l'inverse, les résultats des contrôles du cholestérol et de la tension artérielle n'ont marqué qu'une amélioration modérée chez les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral. Il semblerait en outre que les disparités liées au sexe et aux revenus aient persisté dans certains domaines, l'enregistrement des indicateurs de qualité affichant par exemple une augmentation plus sensible chez les patients aisés (McGovern *et al.*, 2008 ; Simpson *et al.*, 2006).

Il est probablement encore trop tôt pour porter un jugement sur les résultats définitifs du QOF. Une période d'étude plus longue pourrait être nécessaire pour détecter des améliorations substantielles dans toutes les couches de la population, en particulier les plus démunies, qui sont peut-être moins disposées à consulter.

Des études plus récentes continuent toutefois d'établir les améliorations apportées à la qualité des soins primaires au Royaume-Uni (Khunti *et al.*, 2007) même si, comme précédemment indiqué, aucune ne peut mesurer comme il convient l'importance relative des incitations du QOF par rapport à d'autres mesures d'amélioration de la qualité.

A plus long terme, le nouveau contrat semble propre à modifier le comportement des médecins généralistes, comme l'ont montré d'autres programmes similaires mis en œuvre aux États-Unis (Beaulieu *et al.*, 2005). Néanmoins, étant donné le coût budgétaire important du nouveau cadre contractuel, les pays qui envisagent d'instaurer des systèmes analogues devraient soigneusement évaluer les besoins en matière d'informations.

\* Il y a eu certaines controverses quant à l'utilité et au coût du programme, certains estimant que de nombreux médecins s'efforçaient sans doute d'améliorer la qualité des soins dans tous les cas. Compte tenu des rares indicateurs permettant d'évaluer systématiquement la performance des généralistes avant l'instauration du nouveau contrat, il était impossible d'en juger par avance.

Le QMAS ne comporte pas de données individuelles sur les patients. Il peut par exemple saisir l'ensemble des informations relatives aux patients souffrant de maladies coronariennes ou celles concernant les diabétiques au niveau du cabinet, mais ne permet pas de dégager, d'analyser ou de croiser les données des patients atteints de ces deux maladies. Le cabinet entre directement les indicateurs relatifs à l'organisation, à l'accès, à la satisfaction des patients et aux services complémentaires dans le QMAS par l'intermédiaire d'un navigateur internet relié au NHSnet.



Le QMAS n'est pas une source exhaustive d'informations sur la qualité des soins dans les cabinets généralistes. Dans le domaine clinique, le QOF ne couvre que les affections qui touchent un nombre minoritaire de patients, et seulement certains aspects des soins délivrés à ces derniers. Il fournit cependant des informations cliniques précieuses sur ces affections, à une échelle précédemment inenvisageable, et produira à la longue des données de référence à partir desquelles on pourra évaluer les améliorations futures en matière de prestation des soins. Il peut aussi compléter d'autres programmes de collecte de données en cours dans les cabinets généralistes.

### ***Interconnecter les données de différents contextes : principaux défis***

La collecte électronique des données peut faciliter la prestation de soins et l'évaluation de la performance du prestataire, mais aussi rehausser l'efficacité des études portant sur la surveillance, la population et les résultats. L'existence de données électroniques réduit le temps à la collecte de données secondaires à partir des dossiers des patients, et permet donc d'analyser des échantillons plus importants. En outre, les TIC devraient également, en principe, permettre de recueillir des données plus complètes et précises grâce à l'interconnexion longitudinale des données de santé individuelles provenant de différentes sources et de contextes divers. Ce croisement de données permettrait par exemple d'identifier des facteurs, tels les taux de réadmission à l'hôpital, susceptibles de mettre en relief des problèmes particuliers de santé ou de qualité.

Le passage du dossier papier à la notification électronique se heurte à plusieurs difficultés. Les détails nécessaires à la réalisation d'études démographiques sont souvent absents des dossiers papier. Les médecins sont par ailleurs peu incités à ajouter des informations complémentaires à ces dossiers. Qui plus est, quand de telles informations sont saisies, c'est souvent de manière non systématique.

La notification électronique est encore entravée par le manque d'interopérabilité, c'est-à-dire l'aptitude des systèmes à échanger des informations de manière précise et efficace. On observe des lacunes dans plusieurs domaines, notamment le vocabulaire médical, les identifiants communs, le codage et l'échange de données. Ainsi, même lorsqu'elles sont automatisées, les données sont généralement compartimentées selon la structure des anciens systèmes, des cloisonnements administratifs ou d'autres séparations. Les difficultés essentielles à l'intégration des données tiennent à la disparité des besoins en informations sur les usagers et à celle des sources (support papier et électronique) où les données sont actuellement conservées.

La sécurité et la confidentialité des données personnelles constituent le principal obstacle à la diffusion des applications de TIC. Les décisions concernant la façon dont les organismes de santé gèreront leurs systèmes d'informations numériques peuvent profondément influencer sur le processus d'adoption des TIC dans le domaine de la santé.

Il existe plusieurs solutions techniques pour protéger les patients. Aux Pays-Bas, par exemple, les patients peuvent opposer un refus total à l'échange électronique des informations relatives à leur santé (auquel cas celles-ci ne sont enregistrées nulle part et ne peuvent être consultées en cas d'urgence). Ils peuvent également demander au prestataire de dissimuler ou de masquer certaines données, en suspendant leur autorisation ou en demandant à ce que certaines informations soient masquées ou dissimulées à l'échelon local. Ils peuvent masquer ou limiter l'accès à leur dossier par élément de données, par usager ou catégorie d'usager, et par contexte. Dans la province canadienne de Colombie britannique, comme analysé plus en détail dans l'encadré 5.3, les particuliers peuvent masquer la totalité de leurs antécédents médicamenteux en demandant au pharmacien d'associer un mot-clé à leur dossier. La difficulté majeure consiste donc pour les responsables publics à créer une interface fluide entre les mesures visant à protéger la confidentialité, les dispositions légales et les spécifications technologiques.

La finalité et l'ampleur de la protection de la vie privée doivent être claires ; des politiques floues peuvent avoir des conséquences néfastes. Les organismes de santé ont certes fortement intérêt à assurer la confidentialité et la sécurité des données, mais doivent aussi mettre cet intérêt en balance avec la nécessité de pouvoir récupérer facilement ces informations en cas de besoin.

Le coût d'application de certains systèmes de protection de la confidentialité a fait l'objet de critiques (McCarthy *et al.*, 1999), de même que leurs retombées potentielles sur les programmes de gestion thérapeutique financés par les employeurs (Washington Business Group on Health, 1999), la famille des patients (Pimley, 1999) et la recherche médicale (Vukadinovich, 1999). Les lois relatives à la confidentialité des informations concernant les patients risquent de limiter l'accès aux données sur la qualité nécessaires à la conduite d'évaluations formelles d'applications de TIC éventuellement avantageuses (Love et Sullivan, 2004), ce qui pourrait à son tour influencer sur l'efficacité technique et clinique du système en question.

### *Systèmes d'information pharmaceutique : PharmaNet en Colombie britannique (Canada)*

Les problèmes d'interconnexion dont il a précédemment été question peuvent être en partie résolus par la mise en place, dès les phases initiales, d'une architecture intégrée d'information sur la santé.

La *Linked Health Database*, hébergée par le *Centre for Health Services and Policy Research* en Colombie britannique, en offre un bon exemple. Cette base de données compte parmi les sources de données les plus riches au monde pour les services de santé appliqués et les études sur la santé de la population. Elle couvre la totalité de la population de la Colombie britannique, soit plus de 4 millions de personnes. Les données comportent les demandes de remboursement, les dossiers des services de santé, les données sur la santé de la population et les statistiques de recensement, ce qui permet de relier de manière anonyme les dossiers administratifs à l'échelon des particuliers. Les chercheurs peuvent ainsi suivre l'évolution d'un groupe d'individus dans le temps et dans les différents programmes de santé. L'archivage des données pharmaceutiques a cependant été limité jusqu'à présent.

Le lien de cette base de données avec PharmaNet (encadré 5.3) permettra prochainement de conduire des études dans des domaines essentiels de la politique pharmaceutique, et d'améliorer la collecte, sur l'ensemble du système, de schémas d'utilisation des médicaments dans les populations de la province.

Il sera peut-être aussi utilisé pour comprendre les dynamiques qui influencent les dépenses pharmaceutiques, et de gérer ainsi le financement pharmaceutique de manière plus efficiente et équitable. Grâce à lui, on pourra en outre examiner – sur une base factuelle, au niveau de la province – de quelle manière la population réagit à des périodes d'évolution rapide du système de santé, ou de la façon dont elle est touchée par les modifications apportées à la politique de tarification des produits pharmaceutiques.

### Encadré 5.3. Systèmes d'informations pharmaceutiques : perspectives

Face à la progression insoutenable des dépenses pharmaceutiques dans les années 80 et au début des années 90, BC PharmaCare – le régime d'assurance médicaments de la Colombie britannique – a lancé une initiative concertée pour améliorer la gestion des dépenses pharmaceutiques (Morgan *et al.*, 2004). C'est ainsi qu'en 1994, le ministère de la Santé de la Colombie britannique a établi l'Initiative thérapeutique (IT) – un organisme consultatif universitaire constitué de chercheurs et de professionnels de la santé – pour l'assister dans les décisions associées au remboursement des médicaments. Un système d'informations appelé PharmaNet a été mis en place en septembre 1995, qui couvre aujourd'hui toute la province ; il relie plus de 900 pharmacies à un réseau central de systèmes informatiques sur lesquels plus de 3 700 pharmaciens de la province\* s'appuient pour délivrer les médicaments, et pour assurer le suivi des médicaments et le traitement des demandes de remboursement. A l'heure actuelle, tous les médicaments prescrits sur ordonnance délivrés par les pharmacies de la province doivent être enregistrés sur le réseau PharmaNet.

PharmaNet renferme les informations suivantes :

- Profil pharmaceutique du patient, à savoir tous les médicaments qui lui ont été délivrés, les allergies médicamenteuses signalées et son état clinique ;
- Les informations personnelles du patient : numéro de sa carte-santé, nom, adresse, sexe et date de naissance ;
- Des informations concernant le médicament destinées aux pharmaciens, aux patients, et une évaluation des interactions médicamenteuses ; et
- Les demandes d'information relatives au remboursement, y compris admissibilité, couverture et franchises.

Les quatre objectifs principaux de PharmaNet sont les suivants : 1) prévenir la prescription de combinaisons nocives de médicaments ; 2) améliorer le rapport coût-efficacité ; 3) empêcher les consommateurs de médicaments sur ordonnance de consulter plusieurs médecins ; 4) assurer un accès rapide, interactif aux informations concernant le patient et à son numéro de carte-santé.

Une place considérable a été faite à la confidentialité des données. Les usagers de PharmaNet signent des accords de confidentialité avant d'obtenir l'accès au réseau et fournissent des identifiants uniques lorsqu'ils se connectent au système. Les patients peuvent associer un mot-clé à leur profil de manière à masquer les informations, et peuvent également limiter l'accès aux personnes mêmes qui connaissent ce mot-clé.

\* PharmaNet traite plus de 38 millions de demandes de remboursement chaque année, pour un montant total prévu de plus de 1.13 milliard de CAD en 2007-08.

## Conclusion

Les exemples présentés ici illustrent la possibilité qu'offrent les TIC de contribuer à l'évaluation et à l'amélioration active de la qualité, ce qui peut renforcer l'efficacité des dépenses de santé. L'informatisation, les identifiants uniques de patients et l'interconnexion des bases de données peuvent permettre de suivre les itinéraires complexes des patients dans les systèmes de santé et recenser les domaines où les performances du système peuvent être améliorées, tant en termes de coûts que de résultats cliniques.

Les dossiers électroniques offrent de nombreuses possibilités, notamment celle d'évaluer les interventions médicales et leur qualité au niveau des cabinets. Néanmoins, comme l'a également confirmé une étude récente du Fonds du Commonwealth (Fowles *et al.*, 2008), il convient de choisir les indicateurs avec le plus grand soin, et d'identifier les domaines dans lesquels les données risquent d'être insuffisantes. La qualité actuelle des informations contenues dans ces dossiers impose des limites à ce qui est réalisable. Les mesures qui traduisent les indicateurs établis de la qualité sont peut-être les plus faciles à transférer dans les dossiers de santé électroniques. Elles s'accompagnent généralement de spécifications clairement définies. En outre, comme le montre l'exemple du QOF, les programmes visant à améliorer la collecte de données au niveau des cabinets ne porteront probablement leurs fruits que si les incitations et les avantages pour les généralistes et leurs patients en sont clairement établis.

L'interconnexion des bases de données à partir des identifiants uniques de patients est susceptible de faire énormément progresser la recherche sur les soins de santé et les soins cliniques. Mais l'augmentation du nombre d'informations va de pair avec celle des problèmes de confidentialité des données. Les techniques telles que le cryptage offrent aujourd'hui la possibilité de protéger l'identité des patients et des médecins, mais les politiques de confidentialité doivent cependant être clairement établies et garantir au public que les informations personnelles ne tomberont pas en de mauvaises mains.

## *Notes*

1. Des travaux sont en cours pour établir un nouvel ensemble de données comparables au plan international, notamment des indicateurs sur la sécurité des patients, les soins de santé mentale et les soins primaires fondés dans une large mesure sur les bases de données administratives.
2. Les taux de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus sont souvent évalués dans le cadre d'enquêtes, surtout dans les pays où il n'existe pas de programme national de dépistage. Les taux de tabagisme sont également établis au travers d'enquêtes démographiques, souvent conjuguées à d'autres méthodes pour valider les données déclaratives.

## Bibliographie

- Ash, J.S. et D.W. Bates (2005), « Factors and Forces Impacting EHR System Adoption: Report of a 2004 ACMI Discussion », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 12, n° 1, pp. 8–12.
- Beaulieu, N.D. et D.R. Horrigan (2005), « Putting Smart Money to Work for Quality Improvement », *Health Services Research*, vol. 40, n° 5, Pt. 1, pp. 1318–1334.
- Bokhour, B.G. *et al.* (2006), « Incentive Implementation in Physician Practices: A Qualitative Study of Practice Executive Perspectives on Pay for Performance », *Medical Care Research and Review*, vol. 63, n° 1, supplément, pp. 73S-95S.
- Conrad, D.A. et J. B. Christianson (2004), « Penetrating the ‘Black Box’: Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physician Services », *Medical Care Research and Review*, vol. 61, n° 3, pp. 37S-68S.
- Fowler, F.J. (2002), *Survey Research Methods* (3rd ed.). Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Fowles, J.B., J.P. Weiner et K.S. Chan (2008), *Performance Measures Using Electronic Health Records: Five Case Studies*, The Commonwealth Fund, New York.
- Donabedian, A. (1988), « The Quality of Care. How Can It Be Assessed? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, n° 12, pp. 1743-1748.
- Fisher, Elliott S. et John E. Wennberg (2003), « Health Care Quality, Geographic Variations, and the Challenge of Supply-Sensitive Care », *Perspectives in Biology and Medicine*, vol. 46, n° 1, pp. 69-79.
- Institute of Medicine (2000), *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington, DC.
- Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press, Washington, DC.

- Institute of Medicine (2006), *Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point*. National Academy Press, Washington, DC.
- Khunti, K. *et al.* (2007), « Quality of Diabetes Care in the UK: Comparison of Published Quality-of-Care Reports with Results of the Quality and Outcomes Framework for Diabetes », *Diabetic Medicine*, vol. 24, n° 12, pp. 1436-1441.
- Lazarou, J., B.H. Pomeranz et P.N. Corey (1998), « Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis of Prospective Studies », *Journal of the American Medical Association* vol. 279, n° 15, pp. 1200-1205.
- Love, T. et F. Sullivan (2004), « Confidentiality, Clinical Governance and Research in the Community », *Informatics in Primary Care*, vol. 12, n° 1, pp. 1-2.
- McCarthy, D.B. *et al.* (1999), « Medical Records and Privacy: Empirical Effects of Legislation », *Health Services Research*, vol. 34, n° 1, Pt. 2, pp. 417-25.
- McGlynn, E.A. *et al.* (2003), « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 16, pp. 2635-2645.
- McGovern, M.P. *et al.* (2008), « The Effect of the UK Incentive Based Contract on the Management of Patients with Coronary Heart Disease in Primary Care », *Family Practice*, vol. 25, n° 1, pp 33-39.
- Morgan, S., K., Basset et B. Mintzes (2004), « Outcomes-Based Drug Coverage in British Columbia », *Health Affairs*, vol. 23, n° 3, pp. 269-276.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé performants*. OECD, Paris.
- Pimley, D. (1999), « Maine Experience Shows Potential Snag as Public Grapples with Patient Privacy », *BNA Health Law Reporter*, vol. 8, n° 5.
- Pirmohamed, M. *et al.* (2004), « Adverse Drug Reactions as Cause of Admissions to Hospitals: Prospective Analysis of 18,820 Patients », *British Medical Journal*, vol. 329, pp. 15-19.
- Scott, J.T. *et al.* (2005), « Kaiser Permanente's Experience of Implementing an Electronic Medical Record: A Qualitative Study », *British Medical Journal*, vol. 331, pp. 1313-1316.
- Schuster, M. E., Elizabeth A. McGlynn et Robert H. Brook (1998), « How Good Is the Quality of Health Care in the United States? », *The Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 4, pp. 517-563.



- Simpson, C.R. *et al.* (2006), « Effect of the UK Incentive-Based Contract on the Management of Patients with Stroke in Primary Care », *Stroke*, vol. 37, n° 9, pp. 2354-2360.
- Taylor, R. *et al.* (2005), « Promoting Health Information Technology: Is There a Case for More Aggressive Government Action? », *Health Affairs*, vol. 24, n° 5, pp. 1234-1245.
- Vukadinovich, D.M. et S.S. Coughlin (1999), « State Confidentiality Laws and Restrictions on Epidemiologic Research: A Case Study of Louisiana Law and Proposed Solutions », *Epidemiology*, vol. 10, n° 1, pp. 91-94.
- Waegemann, C.P. *et al.* (2002), *Healthcare Documentation: A Report on Information Capture and Report Generation*, Consensus Workgroup on Health Information Capture and Report Generation, Medical Records Institute, Newton, MA.
- Wennberg, J.E. (2002), « Unwarranted Variations in Health Care Delivery: Implications for Academic Medical Centres », *British Medical Journal* vol. 325, pp. 961-964.



Extrait de :  
**Achieving Better Value for Money in Health Care**

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

Klazinga, Nicolaas S. et Elettra Ronchi (2009), « Utiliser les TIC pour suivre et améliorer la qualité des soins de santé », dans OCDE, *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264074255-6-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).