

CONDENSÉ THÉMATIQUE 3

Utilisation de l'audit et du feed-back aux professionnels de la santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé

Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt,
Bernhard Gibis, Martin McKee

CONDENSÉ THÉMATIQUE 3

Utilisation de l'audit et du feed-back aux professionnels de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé

**Signe Agnes Flottorp, Gro Jamtvedt,
Bernhard Gibis, Martin McKee**

Condensé thématique préparé pour la Conférence sous la Présidence belge de l'U.E. sur le thème "Investir dans le personnel de santé de demain en Europe : portée de l'innovation et de la collaboration" (La Hulpe, 9–10 septembre)

Mots clés :

PATIENT CARE – standards

QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE – standards

SAFETY MANAGEMENT

HEALTH PERSONNEL

FEEDBACK

MEDICAL AUDIT

OUTCOME ASSESSMENT (HEALTH CARE)

© Organisation Mondiale de la Santé 2010 et Organisation mondiale de la Santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé 2010.

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation Mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation Mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation Mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation Mondiale de la Santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Utilisation de l'audit et du feed-back aux professionnels de santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé

Table des matières	Page
Messages clés	iv
Résumé	v
1 Introduction	1
2 Audit et feed-back dans le cadre d'une stratégie d'amélioration des performances et de promotion de la qualité et de la sécurité dans les systèmes européens de soins de santé	2
3 Que savons-nous des effets des différents types d'utilisation de l'audit et du feed-back ?	12
4 Comment décider si – et comment – l'audit et le feed-back devraient être mis en œuvre ?	26
5 Observations finales	30
Références	32
Annexes	36

Auteurs

Signe Agnes Flottorp, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway and Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway

Gro Jamtvedt, Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo, Norway and Centre for Evidence Based Practice, Bergen University College, Bergen, Norway

Bernhard Gibis, Director, Department for service contracts and pharmaceuticals, National Association of Statutory Health Insurance Physicians, Berlin, Germany

Martin McKee, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom and European Observatory on Health Systems and Policies

Messages clés

- Les preuves ne manquent pas à l'heure actuelle pour démontrer l'écart entre les soins de santé que les patients reçoivent et la pratique recommandée. Tant les soins primaires que secondaires montrent des variations sans garantie de la pratique et des résultats obtenus qui ne peuvent s'expliquer par les caractéristiques des patients.
- S'il est difficile de trouver des exemples de mesures destinées à remédier à ce problème dans les 53 pays de la Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé, des interventions peuvent être identifiées dans les 27 Etats membres de l'Union européenne. Cependant, la nature de ces mesures et la portée de leur mise en pratique varient considérablement.
- L'audit et le feed-back, définis comme "tout résumé des performances cliniques des soins de santé sur une période de temps spécifiée destinée à fournir des informations aux professionnels de santé pour leur permettre d'évaluer et d'ajuster leurs performances" est un terme générique utilisé pour décrire certaines des mesures appliquées pour améliorer la pratique professionnelle.
- L'audit et le feed-back peuvent être utilisés dans tous les milieux de la santé, impliquant tous les professionnels de santé, qu'il s'agisse de professions individuelles ou d'équipes multiprofessionnelles.
- En termes pratiques, les professionnels de santé peuvent recevoir un feed-back sur leurs performances basé sur les données tirées de leur pratique quotidienne. Les professionnels de santé impliqués dans l'audit et le feed-back peuvent travailler soit en équipe, soit individuellement et dans les soins primaires, secondaires ou tertiaires.
- S'il semble évident que les professionnels de santé devraient être enclins à modifier leur pratique clinique s'ils reçoivent un feed-back qui ne concorde pas avec celui de leurs pairs ou avec les lignes directrices reconnues, ce n'est pas toujours le cas en réalité.
- Les preuves disponibles suggèrent que l'audit et le feed-back peuvent être efficaces pour améliorer la pratique professionnelle mais que leurs effets sont généralement minimes à modérés. Néanmoins, en fonction du contexte, de tels effets minimes, surtout s'ils s'avèrent rentables, peuvent toujours être réputés valoir la peine.
- Les avantages des mesures d'audit et de feed-back sont d'autant plus susceptibles de s'exprimer que la pratique existante est éloignée du résultat souhaité et que le feed-back est intensif.

- Même sur la base des meilleures preuves disponibles, des recommandations formelles ne peuvent être données à propos de la meilleure façon d'introduire un audit et un feed-back dans la pratique quotidienne. Cependant, les décisions concernant l'opportunité et la façon d'utiliser cette approche pour améliorer la pratique professionnelle doivent être guidées par le pragmatisme et la considération des circonstances locales. Les scénarios suivants, par exemple, pourraient indiquer l'adéquation d'une telle approche : le niveau connu (ou prévu) d'adhésion initiale aux lignes directrices ou à la pratique souhaitée est faible; un audit est faisable et les coûts associés de collecte des données sont faibles; les données collectées ordinairement sont fiables et se prêtent à une utilisation dans un audit ; et les améliorations minimales à modérées de la qualité devraient valoir la peine.
- Le coût de l'audit et du feed-back est très variable et déterminé par les circonstances locales, y compris la disponibilité de données fiables recueillies normalement et des frais de personnel.
- L'impact de l'audit et du feed-back, avec ou sans interventions supplémentaires, doit être contrôlé habituellement par l'audit de la pratique après l'intervention.

Résumé

Audit et feed-back dans le cadre d'une stratégie destinée à améliorer les performances et promouvoir la qualité et la sécurité dans les systèmes de santé européens

Les preuves ne manquent pas à l'heure actuelle pour démontrer l'écart entre les soins de santé que les patients reçoivent et la pratique recommandée. Tant les soins primaires que secondaires montrent des variations sans garantie de la pratique et des résultats obtenus qui ne peuvent s'expliquer par les caractéristiques des patients. S'il est difficile de déterminer l'étendue des mesures destinées à remédier à ce problème dans les 53 pays de la Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé, des exemples concrets peuvent être identifiés dans les 27 Etats membres de l'Union européenne. En particulier, un intérêt croissant se manifeste pour l'utilisation de l'audit et du feed-back pour les professionnels de santé.

L'audit et le feed-back peuvent être définis comme "tout résumé des performances cliniques des soins de santé sur une période de temps spécifiée destinée à fournir des informations aux professionnels de santé pour leur permettre d'évaluer et d'ajuster leurs performances". En pratique, les professionnels de santé, travaillant en équipe ou individuellement, reçoivent

un feed-back sur leurs performances basé sur les données tirées de leur pratique quotidienne. L'audit et le feed-back sont destinés à améliorer les performances professionnelles et, partant, à renforcer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. S'il semble évident que les professionnels de santé devraient être enclins à modifier leur pratique clinique s'ils reçoivent un feed-back qui ne concorde pas avec celui de leurs pairs ou avec les lignes directrices reconnues, cela n'a pas pu être démontré avec constance.

Un feed-back peut être fourni de différentes manières, classées en termes de destinataires, de formats, de sources, de fréquence, de durée et de contenu. Les mécanismes d'audit et de feed-back peuvent être utilisés seuls ou associés à d'autres interventions. La plupart des recherches sur les effets de l'audit et du feed-back les ont traités comme des composants d'une intervention aux facettes multiples, souvent combinée à des activités didactiques.

Des systèmes d'audit et de feed-back sont utilisés de différentes manières dans les systèmes de santé européens. La gamme va des programmes obligatoires gérés par les instances gouvernementales aux initiatives professionnelles volontaires (dans le cadre d'une autorégulation) et les systèmes peuvent adopter une approche de haut en bas ou de bas en haut ou encore une combinaison des deux. Ils peuvent être internes, c'est-à-dire utilisés par des groupes locaux de praticiens ou externes, c'est-à-dire gérés par des instances professionnelles, des groupes de recherche ou des structures gouvernementales.

Que savons-nous des effets des différentes méthodes d'utilisation de l'audit et du feed-back ?

Les données de cette Synthèse sont basées en grande partie sur une analyse systématique de l'efficacité de l'audit et du feed-back dans la pratique clinique en constante évolution et sur une analyse des expériences de l'utilisation de l'audit et du feed-back dans la pratique clinique. A partir de là, les thèmes suivants ont été identifiés comme les principaux thèmes et approches politiques employés.

- Différents types de mécanismes d'audit et de feed-back peuvent être utilisés, à savoir :
 - différents niveaux de responsabilité et d'engagement ;
 - approches obligatoires ou volontaires ;
 - approches initiées et/ou dirigées par des professionnels de santé/des organisations professionnelles ou par des autorités sanitaires ;
 - différentes méthodes de contrôle ou d'audit de la pratique ;

différents destinataires (par exemple, individus ou groupes) ;

différentes sources de feed-back (par exemple, superviseur, cadre, organisme de révision des normes professionnelles, représentant de l'employeur ou de l'acheteur, chercheurs) ;

différentes formes de feed-back (par exemple, verbal ou écrit) ;

différentes fréquences, durées et teneurs (par exemple, informations à propos des patients, telles que la pression artérielle ou les résultats des tests, adhésion à des normes ou lignes directrices, comparaisons des pairs ou informations à propos des coûts, ou nombre de prescriptions ou d'examens prescrits) ; et

un feed-back des données au niveau de l'individu ou du groupe peut être complété par des informations à propos de l'endroit où se trouvent les individus et/ou par des recommandations spécifiques pour apporter des changements à la pratique.

- L'audit et le feed-back peuvent être associés à des stimulants économiques ou à des schémas de remboursement, par exemple des schémas de financement basé sur les résultats ou de paiement en fonction des performances.
- L'audit et le feed-back peuvent être une mesure gouvernementale ou réglementaire ou servir à l'accréditation ou à des évaluations de l'organisation.
- Les données des performances et résultats peuvent être publiés.

Plusieurs analyses systématiques ont évalué l'efficacité de l'audit et du feed-back. Celles-ci donnent une image incohérente, certaines évaluations obtenant des résultats positifs mais d'autres pas. Dès lors, les leçons les plus importantes pour la politique au terme de ces analyses sont tirées de leurs conclusions des approches efficaces en fonction des circonstances. Même ici, les conclusions manquent toutefois de cohérence.

Une revue systématique comprenant 118 études a évalué les effets de l'audit et du feed-back sur la pratique ou les professionnels de santé et sur les résultats pour les patients. La plupart des études ont utilisé différentes interventions, couvert différents groupes de professionnels de santé et ont été confinées à des établissements en Amérique du Nord et en Europe occidentale. Par ailleurs, de nombreuses études ont rapporté des résultats multiples, même si la plupart étaient des mesures du processus, telles que la prescription ou l'utilisation de tests de laboratoire. Dans l'analyse, l'intensité de l'audit et du feed-back, la complexité du comportement ciblé, le sérieux des résultats et le niveau de compliance de base ont été classés.

L'analyse suggère que l'audit et le feed-back peuvent améliorer les performances de prestataires de soins de santé. Les effets sont généralement modérés ou minimes. Point important, le degré d'amélioration est d'autant plus élevé que la pratique existante est éloignée de l'objectif recherché. Il faut remarquer toutefois que la qualité des preuves de ces résultats (comme c'est souvent le cas dans le domaine des mesures d'amélioration de la qualité) est faible.

L'audit et le feed-back comprennent donc une gamme variée de mesures. Le type d'intervention (audit et feed-back seuls ou combinés à des activités didactiques ou à des interventions aux multiples facettes), la complexité du comportement ciblé, la qualité de l'étude et le sérieux des résultats ne permettent pas d'expliquer les variations dans les effets entre les études. Actuellement, il n'existe aucune base pour conclure que le feed-back impliquant une comparaison avec des pairs est plus ou moins efficace que l'audit et le feed-back en général.

Comment décider si – et comment – l'audit et le feed-back doivent être mis en place ?

Les études présentées dans cette Synthèse montrent que l'audit et le feed-back peuvent être utilisés dans pratiquement tous les environnements de santé. La mise en place d'un audit et d'un feed-back nécessite des objectifs clairs et une analyse approfondie de l'environnement de santé en question, surtout si cette approche est combinée à des stimulants ou sanctions ou présente un caractère obligatoire. A nouveau, aucune preuve solide n'a été identifiée pour indiquer que ces associations améliorent significativement les résultats et donc les soins de santé fournis. L'expérience tirée de quelques initiatives majeures dans certains pays européens pourrait fournir certaines des preuves requises à l'avenir.

Les messages clés suivants pour les décideurs peuvent être tirés des analyses évoquées dans le présent résumé.

- En dépit des preuves provenant de l'analyse systématique de plus de 100 études sur l'audit et le feed-back, les informations pour étayer les décisions sur l'opportunité et la meilleure façon d'utiliser l'audit et le feed-back sont toujours limitées. Cependant, si l'audit et le feed-back doivent être utilisés, ils sont d'autant plus efficaces si l'adhésion aux bonnes pratiques est médiocre à la base et si l'intensité du feed-back est élevée.

- Des études qualitatives suggèrent que le feed-back est plus efficace s'il est fourni en temps utile, s'il est individualisé, non punitif et " applicable en pratique " de telle sorte que les professionnels de santé qui reçoivent le feed-back comprennent comment améliorer leur pratique. Le feed-back semble moins efficace lorsqu'il est concentré sur le destinataire plutôt que sur des suggestions spécifiques d'amélioration.
- Le coût de l'audit et du feed-back est très variable et dépendra des conditions locales spécifiques, y compris de la disponibilité de données fiables recueillies normalement et du coût du personnel.
- La fourniture d'un support adéquat pour les programmes d'audit et de feed-back s'avère essentielle pour préserver l'efficacité lorsque les interventions sont intensifiées.
- L'audit et le feed-back peuvent être utilisés comme composant d'une stratégie aux multiples facettes pour améliorer la qualité des soins de santé. Des exemples comprennent l'association d'initiatives de gestion de la qualité avec l'audit et le feed-back afin de boucler le cycle d'amélioration de la qualité (planifier-faire-contrôler-agir) ou le support de mécanismes de groupes de pairs tels que les cycles de qualité, lorsque les rapports de feed-back constituent potentiellement une base de discussion à propos des niveaux souhaités et atteints de la qualité des soins de santé.
- Les décisions à propos de l'opportunité – et de la façon – d'utiliser l'audit et le feed-back pour améliorer la pratique professionnelle doivent être guidées par le pragmatisme et la prise en compte des circonstances locales. Les scénarios suivants, par exemple, pourraient indiquer l'adéquation d'une telle approche : le niveau connu (ou anticipé) d'adhésion initiale aux directives ou de pratique souhaitée est faible ; il est réalisable de mener un audit et les coûts de collecte des données sont minimes ; les données ordinairement collectées sont fiables et conviennent à une utilisation dans un audit ; et les améliorations de qualité minimales à modérées devraient valoir la peine (en particulier lorsqu'il existe une marge pour des améliorations rentables de la qualité).
- L'impact de l'audit et du feed-back, avec ou sans interventions supplémentaires, doit ordinairement être surveillé en pratiquant un audit après l'intervention.

1 Introduction

Historiquement, le praticien individuel était considéré comme la seule personne qui pouvait évaluer sa propre pratique clinique. Traditionnellement, cette pratique clinique était basée en grande partie sur l'intuition, souvent formée par les connaissances acquises des années plus tôt à l'université. Cette conception n'est plus défendable et il règne aujourd'hui un consensus largement répandu, sinon universel, parmi les professionnels de santé des avantages d'une évaluation par les pairs. Autrement dit, lorsque la pratique clinique est évaluée en fonction des données démontrant les meilleures pratiques, un feed-back est fourni et des changements sont apportés le cas échéant. Dans de nombreux pays, ce processus est dirigé par des professionnels de santé bien que d'autres montrent également un intérêt. Par exemple, les instances de financement des soins de santé ont intérêt à garantir une qualité maximale des soins qu'ils achètent et les patients (et patients potentiels) ont intérêt à s'assurer que les soins qu'ils reçoivent sont sûrs et efficaces.

A cet égard, un audit clinique est défini comme un "processus d'amélioration de la qualité qui s'efforce d'améliorer les soins aux patients et leurs résultats par une évaluation systématique des soins par rapport à des critères explicites et la mise en œuvre de changements. Des aspects de la structure, des processus et des résultats des soins sont choisis et systématiquement évalués par rapport à des critères explicites. Le cas échéant, des changements sont mis en œuvre au niveau de l'individu, de l'équipe ou du service et un contrôle ultérieur est utilisé pour confirmer une amélioration des soins de santé" (1). En se fondant sur cette approche et ce que l'on appelle le "cycle d'audit", l'audit et le feed-back peuvent être considérés comme une seule approche et définis comme "tout résumé des performances cliniques des soins de santé sur une période de temps spécifiée destinée à fournir des informations aux professionnels de santé pour leur permettre d'évaluer et d'ajuster leurs performances." (2).

Nous savons que les professionnels de santé ne sont pas bien qualifiés pour évaluer avec précision leurs propres performances. Dès lors, l'idée sous-jacente de l'approche d'audit et de feed-back est que la qualité et la sécurité des soins de santé pourraient être améliorées si les professionnels de santé recevaient des informations à propos de leurs performances cliniques – combinées idéalement avec des conseils spécifiques – leur permettant ainsi d'évaluer et d'ajuster leurs performances.

Bien qu'il existe de nombreuses études individuelles et analyses systématiques de l'efficacité des systèmes d'audit et de feed-back et des analyses de la mise en œuvre de telles approches dans les pays de l'Union européenne (U.E.), ceux de l'Espace économique européen et la Suisse, les données n'ont pas été réunies à ce jour dans un seul document à l'intention des décideurs politiques.

Cette Synthèse est destinée à combler cette lacune. Pour ce faire, elle examinera d'abord les raisons pour lesquelles il est important de prendre des mesures afin de garantir la qualité et la sécurité des soins de santé et de fournir une vue d'ensemble des rôles potentiels que les mécanismes d'audit et de feed-back pourraient jouer. Elle ébauchera les preuves des recherches qui étaient plusieurs options d'audit et de feed-back ordinairement poursuivies, explorera les circonstances dans lesquelles l'audit et le feed-back ont été utilisés et examinera les facteurs qui doivent être pris en considération pour garantir une efficacité maximale pour ces mesures.

2 Audit et feed-back dans le cadre d'une stratégie d'amélioration des performances et de promotion de la qualité et de la sécurité dans les systèmes européens de soins de santé

2.1 Ecarts entre les meilleures pratiques et les soins que les patients reçoivent

Les preuves ne manquent pas à l'heure actuelle dans chaque pays qui a procédé à des investigations pour démontrer l'écart entre les soins de santé que les patients reçoivent et la pratique recommandée (3,4,5,6). Tant les soins primaires que secondaires montrent des variations sans garantie de la pratique – et des résultats obtenus – qui ne peuvent s'expliquer par les caractéristiques des patients (7,8,9). De nombreux exemples illustrent la façon dont les soins de santé ont exposé les patients à des risques évitables, voire des interventions néfastes.

Un facteur est la difficulté d'absorber les informations disponibles. Une croissance exponentielle du volume de la recherche médicale au cours des quatre dernières décennies a été observée. Aujourd'hui, il est inconcevable qu'un professionnel de la santé individuel puisse se tenir au courant de cette expansion des connaissances. Cependant, des progrès majeurs dans la production, l'analyse et la synthèse de la recherche sur la qualité des soins ont été réalisés. Des synthèses des données factuelles et, en particulier, des analyses systématiques qui ont alimenté les évaluations des technologies de la santé et la production de lignes directrices factuelles sont désormais disponibles pour informer les personnes qui travaillent à tous les niveaux des systèmes de santé à propos de normes de soins optimales (10,11). Pourtant, il existe toujours un écart entre la méthode que l'on sait efficace et ce que l'on fait effectivement (5,12,13,14,15). Les systèmes d'audit et de feed-back doivent par conséquent être basés sur les meilleures preuves disponibles des méthodes efficaces.

Un autre facteur concerne la faculté d'évaluer sa propre pratique. Les analyses systématiques indiquent que les professionnels de santé ne peuvent pas toujours évaluer leurs propres performances avec précision (16, 17). S'il existe des interventions qui peuvent les aider à le faire, Davis et ses collègues (17), après avoir examiné les preuves disponibles, sont parvenus à la conclusion qu'une implication externe pouvait être nécessaire.

2.2 Qualité des soins : définitions et dimensions

Plusieurs organisations ont proposé des définitions pour la qualité des soins, en utilisant différents termes, étiquettes et modèles (18). Aux fins de cette Synthèse, la définition adoptée par le Conseil de l'Europe a été utilisée : "La qualité des soins est le degré dans lequel le traitement dispensé augmente les chances du patient d'atteindre les résultats souhaités et diminue les risques de résultats indésirables, en considérant l'état actuel des connaissances" (19). Elle est le fruit de travaux antérieurs, en particulier d'une analyse exhaustive en 1990 par l'Institute of Medicine (20) américain.

La qualité des soins a été opérationnalisée en fonction de certaines dimensions factuelles, y compris l'efficacité, l'efficience, l'accès, la sécurité, l'équité, l'adéquation, la rapidité de prise en charge, l'acceptabilité, la réactivité du patient ou l'orientation sur le patient, la satisfaction, l'amélioration de la santé et la continuité des soins (18).

2.3 Gouvernance et réglementation

Compte tenu de la nécessité de mettre en place des mesures pour garantir la qualité des soins, quels sont les mécanismes de gouvernance les plus propices ? Une analyse d'Australie (21) a proposé le concept de la "réglementation réactive" qui prévoit, si nécessaire, une escalade des instruments "souples" aux instruments "rigides" et en utilisant la "carotte" avant le "bâton". Les auteurs illustrent le concept au moyen d'une pyramide de réglementation qui comporte quatre niveaux. La base de la pyramide est formée par des mécanismes de marché (par exemple, paiements pour promouvoir la qualité, classements publiés), puis viennent l'autorégulation et le volontarisme (par exemple, protocoles cliniques, benchmarking, indicateurs de performance/objectifs), suivis par la métarégulation (amélioration continue obligatoire, systèmes obligatoires de rapport des incidents) et, au sommet de la pyramide, la commande et le contrôle (sanctions pénales, revalidation des médecins). Sur la base de leur analyse, les auteurs sont favorables à une gouvernance en réseau par opposition à la confiance en une action gouvernementale de haut en bas. Ils plaident en faveur de l'addition d'une métarégulation dans laquelle l'autorégulation est contrôlée par un tiers externe. Cette approche s'impose

comme la plus susceptible de garantir que les prestataires de soins de santé appliquent des programmes efficaces de sécurité et de qualité tout en favorisant la recherche d'une amélioration continue et d'une culture de sécurité.

Traditionnellement, les organisations du secteur de la santé ont montré une préférence pour les stratégies régulatrices internes plutôt qu'externes (21). L'adoption de nombreuses activités d'assurance de qualité – amélioration continue de la qualité, rapport des incidents, benchmarking, indicateurs de performance, protocole clinique ou évaluation par des pairs – a été volontaire. Cependant, une approche volontaire traite une organisation telle qu'un hôpital comme si elle était isolée de son environnement. Pourtant, le comportement d'un hôpital et de son personnel est le produit à la fois de pressions externes et de la structure organisationnelle et de la culture de cette institution. Si l'environnement externe ne génère pas de pression pour améliorer la sécurité et la qualité, l'hôpital n'a guère de raison d'aspirer à de meilleures performances. Par ailleurs, la pression externe et le contrôle de haut en bas, sans l'implication de professionnels de santé, n'apporteront pas d'amélioration des soins des patients au travers des différents systèmes de santé.

2.4 Évaluation de la qualité des soins

Donabedian (22), considéré généralement comme l'un des pionniers dans la conceptualisation de la qualité des soins, a opéré une distinction entre la structure, le processus et les résultats, en partant de concepts de la production industrielle. Il a argumenté qu'"une bonne structure augmentait la probabilité d'un bon processus et qu'un bon processus augmentait la probabilité d'un bon résultat". Traditionnellement, les mesures pour renforcer la qualité ont été focalisées sur des structures telles que les systèmes destinés à reconnaître les qualifications et l'expérience professionnelles, l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et dispositifs médicaux et la qualité des installations. Plus récemment, l'accent s'est déplacé vers le développement de méthodes de mesure des processus et résultats.

Il est important de mesurer à la fois les processus et les résultats. Si les résultats (par exemple la survie en cas de cancer) n'apparaissent qu'après de longs intervalles ou si l'amplitude de la différence dans les résultats entre des soins excellents et médiocres est minimale ou si l'affection traitée est rare, les mesures des processus peuvent être plus sensibles et spécifiques que les données des résultats (23,24). Il s'est produit une croissance remarquable à la fois dans la gamme des mesures de processus et résultats et dans la compréhension de leurs forces et faiblesses au cours des dernières années. Bien que leur utilisation dans la pratique clinique habituelle augmente, elle reste néanmoins limitée dans de nombreux pays. Une analyse des projets actuels d'indicateurs pour

L'évaluation des performances hospitalières dans le monde entier a révélé qu'il existait des différences majeures dans la philosophie, la portée et la couverture – manifestées comme des différences dans la participation, la publication des résultats et les dimensions des performances de l'hôpital évaluées (25).

Bien que de nombreuses évaluations réussies de la qualité précèdent le développement des ordinateurs, par exemple l'enquête confidentielle au Royaume-Uni sur les décès maternels (26), une contrainte importante à l'assimilation renforcée du processus clinique et des mesures de résultats est l'infrastructure inadéquate des données en place pour soutenir l'évaluation. Les soins de santé sont à la traîne par rapport à la plupart des industries modernes par leur utilisation des systèmes électroniques pour la gestion des processus essentiels (27).

Avant d'évaluer les processus cliniques, les questions suivantes doivent être clarifiées (28).

- Que faut-il mesurer ?
- Les informations requises sont-elles disponibles ?
- Comment un échantillon approprié de patients peut-il être identifié ?
- Quelle devrait être la taille de l'échantillon ?
- Comment les informations seront-elles recueillies ?
- Comment les informations seront-elles interprétées ?

Les réponses à ces questions doivent être tirées des conclusions à propos de l'efficacité et de l'adéquation des soins et des personnes auxquelles ils sont destinés. Idéalement, cela prendra la forme de lignes directrices factuelles, basées sur des analyses systématiques des preuves. L'ampleur des mesures qui peuvent être appliquées est énorme en fonction de la question à examiner. Les résultats pourraient inclure différentes mesures génériques et spécifiques à la maladie de l'état de santé du patient (évalué idéalement avant et, à un intervalle adéquat, après le traitement), des mesures physiologiques (telles que celles utilisées pour surveiller la gestion du diabète) et, enfin, la mortalité. Les mesures du processus pourraient inclure celles du taux de prescriptions appropriées ou d'exécution d'examen (impliquant une compréhension évidente des examens opportuns). Les données pourraient être recueillies auprès de sources habituelles telles que les systèmes informatisés d'informations sur les patients ou d'exercices ad hoc de collecte des données. L'intégration des mesures des résultats rapportés par les patients dans la pratique habituelle est effectuée dans quelques pays, par exemple le Royaume-Uni les a développées et mises en place à la fois dans le National Health Service et dans le secteur privé. Cependant, de tels exemples sont toujours rares.

Une autre source importante est le dossier médical. Les Etats-Unis possèdent une longue expérience d'analyse des dossiers mais c'est beaucoup moins le cas en Europe. Il est très important de connaître la variabilité attendue, quel que soit le critère mesuré, afin de calculer la taille d'un échantillon qui produira des résultats pertinents. Si les résultats en question sont rares, des échantillons extrêmement grands pourraient être nécessaires, indiquant que des mesures intermédiaires du processus seraient plus adéquates. Finalement, l'interprétation des données nécessite des compétences considérables (à la fois médicales et en rapport avec la recherche).

2.5 Qualité des stratégies des soins dans l'Union européenne

Les individus et groupes de professionnels se sont engagés dans des activités destinées à encourager une meilleure qualité des soins et une sécurité renforcée des patients dans de nombreux pays européens bien que la mesure dans laquelle ces activités se sont déployées au-delà d'un petit groupe d'enthousiastes pour s'intégrer dans les activités habituelles du système de soins de santé varie largement (18). Ces activités ont à leur tour été influencées par plusieurs organisations nationales et internationales. Parmi les plus influentes, citons l'Institute of Medicine et la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations aux Etats-Unis ainsi que l'International Society for Quality in Health Care, le Conseil de l'Europe et le Bureau Régional pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. La Collaboration Cochrane a joué un rôle majeur dans la synthèse des données factuelles sur lesquelles est basée la qualité des soins. Plus spécifiquement, le Cochrane Effective Practice et l'Organisation of Care Group a publié plusieurs analyses de l'efficacité des stratégies pour changer la pratique clinique et garantir la qualité des soins.

En 1995, le Conseil de l'Europe a constitué un comité d'experts pour examiner la question de la qualité dans les soins de santé. Son rapport a été intitulé "Dimensions des systèmes d'amélioration de la qualité" (19) et a fourni un cadre pour comparer les activités en cours dans différents pays. En 1998, les Ministres de la Santé ont convenu de collaborer à la qualité dans le secteur de la santé. Le Ministère fédéral autrichien de la Santé et des Affaires des Femmes a publié une synthèse des politiques sur la qualité dans les Etats membres de l'U.E., suivie, en 2001, par une synthèse similaire des activités et politiques dans les pays alors candidats à l'adhésion. L'U.E. a adopté une nouvelle politique de santé en mai 2000 en prenant en considération l'analyse de 1998 (18).

Au sein de l'U.E., la délivrance des soins de santé relève de la responsabilité des pays individuels. La Cour de Justice européenne a retenu le principe que les services de santé fournis selon les réglementations nationales dans tout pays de l'U.E. seraient de qualité adéquate, en appliquant le principe de la reconnaissance mutuelle de ses règles. Pourtant, en Europe, l'approche de

la qualité varie entre les différents pays, souvent pour des raisons historiques, traduisant des facteurs tels que le statut des médecins selon qu'ils sont fonctionnaires et soumis à une surveillance de leur travail ou qu'ils se considèrent comme appartenant à une profession libérale exigeant un degré élevé d'autonomie professionnelle (18).

Cette situation donne lieu à une contradiction fondamentale (18). Si des traités européens successifs ont clairement stipulé que les soins de santé relevaient de la responsabilité des Etats membres, la délivrance de soins de santé implique des individus, des biens et des services qui relèvent du droit européen. Dès lors, la qualité des soins de santé est couverte par un vaste cadre législatif allant d'un traitement exclusif au niveau européen à des dispositions basées sur des décisions totalement locales, en passant par les domaines pour lesquels certains des pays, voire la totalité, ont adopté des solutions communes. Il en va de même des initiatives développées par les prestataires de soins de santé : elles vont des approches purement locales à celles adoptées par plusieurs pays.

Si bon nombre des éléments nécessaires pour la délivrance de soins de santé de qualité sont soumis aux normes européennes, par exemple l'autorisation de mise sur le marché de médicaments et certains aspects techniques de la technologie de santé, il reste beaucoup à faire pour garantir aux citoyens européens la certitude que tous les soins qu'ils reçoivent à l'intérieur ou à l'extérieur de leur propre Etat membre sont sûrs et d'excellente qualité.

En résumé de leurs conclusions, Legidlo-Quigley et ses collègues (18) ont conclu que l'écart au sein des Etats membres de l'UE et entre eux - en termes d'approche que chacun a adoptée et de mise en œuvre effective des mesures législatives pour garantir la qualité des soins - reflète dans une certaine mesure l'opinion prévalant dans chaque pays selon que la qualité des soins de santé est une matière légitime pour la législation ou pour d'autres mesures telles que des conventions volontaires. Tout dépend des circonstances nationales et l'absence de législation n'est pas nécessairement une faiblesse.

Par ailleurs, ils ont créé trois grandes catégories d'Etats membres selon l'état de la législation et les politiques sur la qualité des soins, au-delà des dispositions (telles que celles concernant les autorisations de mise sur le marché de médicaments et les qualifications professionnelles) qui sont communes dans toute l'U.E. La première catégorie se compose de pays qui ne possèdent pas de législation explicite sur la qualité des soins ou de politiques nationales en matière de qualité (Bulgarie, Chypre, Estonie, Grèce, Hongrie, Malte, Luxembourg, Lettonie, Pologne, Portugal, Roumanie et Slovaquie). Bien que ces pays aient mis en place quelques initiatives, ces dernières ne sont pas appliquées systématiquement à un niveau national. La deuxième catégorie se compose des pays qui n'ont que récemment adopté une législation ou mis en œuvre des politiques concernant la qualité des soins (la République tchèque,

la Lituanie, la Slovénie et l'Irlande). La troisième catégorie comprend les pays qui ont une longue tradition d'adoption d'une législation et/ou de mise en place de stratégies de qualité des soins. Deux sous-catégories ont été identifiées dans cette dernière catégorie : celle dans laquelle une réforme majeure n'a pas été envisagée (France, Finlande, Allemagne, Italie, Espagne et Suède) et celle dans laquelle des réformes majeures ont été envisagées ou sont en cours en raison des limitations perçues des systèmes existants (Autriche, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni/Angleterre et Danemark).

La mesure dans laquelle les pays ont mis en place des systèmes pour auditer ou contrôler la pratique clinique (en utilisant des données valables et pertinentes dérivées des soins normaux) varie tout comme la façon dont les données sont utilisées et rapportées aux personnes concernées.

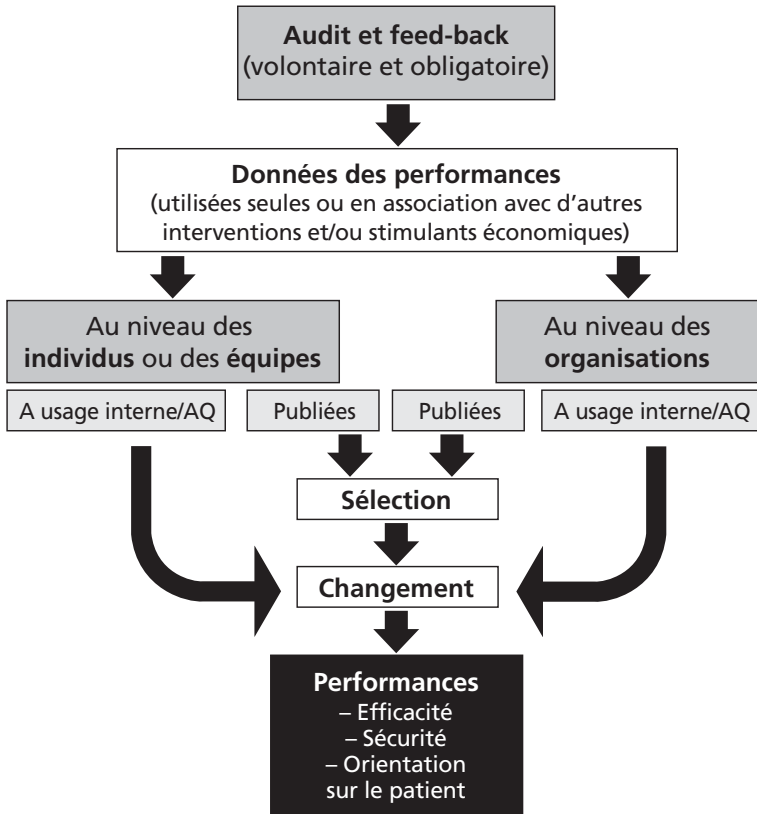
2.6 Audit et feed-back en tant qu'instrument pour améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé

L'audit et le feed-back, en tant que système destiné à améliorer à la fois la qualité et la sécurité des soins de santé, peuvent être appliqués de nombreuses manières différentes. D'abord, les aspects des performances qui sont audités peuvent varier en fonction des intérêts des personnes en charge de l'audit et des informations disponibles. Un audit peut, par exemple, traiter des prescriptions pour des problèmes de santé spécifiques, la prescription d'examen, les tâches préventives, les aptitudes de communication ou le respect des lignes directrices cliniques spécifiques à une maladie. Ensuite, un audit peut être basé sur les données disponibles habituellement des dossiers électroniques des patients ou des registres médicaux ou sur les données qui sont recueillies par les professionnels de santé spécifiquement à cette fin, comme un type de sondage. D'autres types d'audit sont basés sur des observations vidéo, des observations directes ou des observations structurées effectuées par des pairs ou par des "patients simulés".

Le feed-back peut varier en termes de destinataires (individu ou groupe), de formes (verbale ou écrite), de sources (superviseur, cadres, normes professionnelles, instance de contrôle, représentant de l'employeur ou de l'acheteur, chercheurs), de la fréquence, de la durée et du contenu (informations à propos des patients, telles que la pression artérielle ou les résultats des tests, adhésion aux normes ou directives, comparaison avec des pairs ou informations à propos des coûts, nombre de prescriptions ou d'examen ordonnés). Les mécanismes d'audit et de feed-back peuvent être utilisés seuls ou associés à d'autres interventions. En pratique, la majeure partie de la recherche sur les effets de l'audit et du feed-back a étudié le système en tant que composant d'une intervention aux facettes multiples, combinée souvent à des activités didactiques.

L'audit et le feed-back composent un mécanisme destiné à améliorer les performances professionnelles et, dès lors, à renforcer la qualité de la délivrance des soins de santé, des soins et de la sécurité du patient. Traditionnellement, cette approche a été appliquée dans les unités de prestation de services, en tant qu'activités internes. Dans certains cas, le système d'audit et de feed-back est associé à des mesures financières, par exemple dans le cadre d'un système de rémunération en fonction des performances (voir Section 3.3). Il peut également faire partie des structures régulatrices, en étant utilisé dans l'accréditation ou les évaluations organisationnelles. La Figure 1 illustre différentes méthodes d'organisation de l'audit et du feed-back et décrit comment le système pourrait fonctionner.

Fig. 1 Un modèle d'audit et de feed-back



Source : adapté de (29).

Remarque : AQ : Amélioration de la qualité

Le système d'audit et de feed-back est utilisé de différentes façons dans les systèmes de santé européens. Il va des programmes obligatoires gérés par des instances gouvernementales aux initiatives (autorégulatrices) professionnelles volontaires. L'audit et le feed-back peuvent se concevoir de haut en bas, de bas en haut ou être une combinaison des deux. Ils peuvent être appliqués comme un système interne, ils peuvent être utilisés par des groupes locaux de praticiens ou ils peuvent être utilisés à un niveau externe, c'est-à-dire gérés par des instances professionnelles, des groupes de recherche ou des structures gouvernementales. Ces différentes approches sont illustrées ici par quelques exemples de divers pays.

Soins ambulatoires : National Health Service, Royaume-Uni

Au Royaume-Uni en 2004, un programme national géré par le gouvernement a été introduit pour améliorer la qualité de la médecine générale, impliquant une nouvelle approche pour le paiement des médecins généralistes. Le cadre appelé Quality and Outcomes Framework compte actuellement 138 indicateurs couvrant les domaines cliniques et administratifs du travail des cabinets de médecine générale. Les salaires des médecins généralistes peuvent augmenter jusqu'à 25 % lorsque les objectifs sont atteints. Bien que les coûts aient été plus élevés que prévu (£ 1,76 milliard, € 2,14 milliards), l'initiative est considérée comme un succès. Cependant, des critiques se sont élevées à propos de la continuité des soins et de la négligence de domaines cliniques pour lesquels aucun indicateur n'a été introduit. Les représentants du personnel infirmier ont déploré que le programme ne récompense pas les infirmières qui travaillent en médecine générale. Le Quality and Outcomes Framework illustre dans quelle mesure des efforts financiers peuvent être associés à des initiatives d'amélioration de la qualité. De plus amples informations sont disponibles sur le site <http://www.qof.ic.nhs.uk/>.

Soins spécialisés : Visitation Programmes, Pays-Bas

A la fin des années 80, des organisations scientifiques médicales néerlandaises ont introduit un programme d'évaluation par des pairs comprenant une visite sur place très standardisée tous les 3 à 5 ans appelée "Visitation" ou ("visite"). Les conditions de réalisation de soins de qualité pour les patients (tenue du cabinet) et l'assurance et l'amélioration systématiques de ces soins (système de gestion de la qualité) sont soulignées dans l'évaluation. Dans un modèle de visite mis à jour, un 'profil de qualité professionnelle' informatisé permet une vision approfondie des infrastructures de soins spécialisés. L'initiative est dirigée par le Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (institut néerlandais pour la qualité des soins de santé : <http://www.cbo.nl>) pour rassurer le Gouvernement, le public et les assureurs de la qualité des soins spécialisés et démontrer la

valeur de l'autorégulation professionnelle. La "Visitatie" est par conséquent un exemple de la façon dont les professionnels de santé peuvent utiliser l'audit et le feed-back comme outil pour améliorer la qualité. D'autres informations sont disponibles sur le site <http://www.cbo.nl/thema/visitatie> (en néerlandais).

Soins hospitaliers : BOS, Allemagne

Avec l'introduction de groupes liés au diagnostic dans les soins des hôpitaux publics allemands, des inquiétudes à propos de la qualité des soins ont été formulées à la suite des réductions anticipées dans les taux de remboursement. En 2001, un projet de benchmarking national obligatoire pour tous les hôpitaux allemands a par conséquent été introduit et comprenait 26 domaines de mesure, y compris les indicateurs sur la sécurité des patients. La publication des données a été entreprise en 2007. Les indicateurs ont été développés par une association sans but lucratif financée par des acteurs publics (professionnels, représentants des patients et experts des mutuelles). En 2008, 1730 hôpitaux de soins aigus ont participé et l'exhaustivité des séries de données (recoupées avec les demandes de remboursement) était de 97,6 % en 2009. Le système de feed-back est considéré comme un stimulant modéré pour les activités d'amélioration de la qualité. A ce jour, les indicateurs concernent presque exclusivement les procédures chirurgicales. Le système est en cours de réforme pour étendre sa portée. D'autres informations sont disponibles sur les sites <http://www.g-ba.de> ou www.bqs-outcome.de (tous deux en allemand).

Pharmacies d'officine : "patients simulés"

L'utilisation de patients simulés dans la recherche et l'audit (évaluation) est de plus en plus répandue ces dernières décennies. L'utilisation de ce que l'on appelle des "pseudoclients", des "pseudopatrons", des "pseudopatients", des "patients simulés", des "patients standardisés" et des "mystery shoppers" a initialement gagné en popularité dans le commerce/le marketing mais, récemment, la technique a également été adaptée afin d'évaluer la qualité de la pratique et des performances des individus dans le secteur de la santé et d'apprécier le comportement professionnel dans les pharmacies.

La technique des patients simulés est utilisée de plus en plus dans les pharmacies d'officine à des fins d'audit et de gestion des performances. En l'occurrence, des pharmaciens dûment qualifiés se présentent comme un patient et donnent un feed-back à leurs collègues. Il existe des situations standardisées préparées pour les acteurs qui traitent des divers aspects de la pratiques tels que l'automédication, les interactions, les médicaments prescrits pour la première fois, etc. Des critères unifiés et lignes directrices standard sont

utilisés pour juger des résultats des individus. Les visites de patients simulés sont régulièrement effectuées par des associations représentant les pharmaciens en Allemagne, en Suède, au Danemark, en Finlande, en Belgique et aux Pays-Bas où, tout comme en Irlande et en Turquie, elles sont organisées par des instances régulatrices nationales. Etant donné que les patients simulés sont rémunérés et formés pour être vigilants, leur feed-back est réputé plus fiable que celui sollicité de clients réguliers, en supposant que les patients simulés soient typiques des patients réguliers. En effet, tant que le patient simulé est considéré comme un véritable patient, la technique gardera une validité faciale.

Dans la plupart des cas, les pharmaciens reçoivent immédiatement le feed-back après l'évaluation bien qu'en Allemagne, une lettre soit parfois envoyée avec l'évaluation de la pharmacie après la visite. Il n'existe pas suffisamment de recherches pour mesurer l'impact des visites de patients simulés par rapport aux performances des individus. Cependant, la plupart des organisations estiment qu'il s'agit d'un outil utile pour contribuer à améliorer et maintenir des performances efficaces par les pharmaciens et garantir des normes élevées pour les services disponibles dans les pharmacies.

L'Association Pharmaceutique Belge a développé un cours de développement professionnel basé sur le travail qui se compose de trois parties : un cours de formation, une visite de patient simulé et un feed-back et une formation basée sur le travail qui répond aux besoins identifiés pendant la visite du patient simulé. Les pharmacies individuelles couvrent les coûts de ce service. Au Danemark, l'association des pharmacies danoises (Danmarks Apotekerforening) organise des visites régulières de patients simulés et évalue toutes les pharmacies danoises. Les résultats rapportés ont varié en fonction des pharmacies individuelles et des situations utilisées pour l'évaluation. Aux Pays-Bas, une compétition annuelle est organisée par l'association royale pharmaceutique néerlandaise (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie) et le prix de la "Best Pharmacy in Counselling" est décerné selon les résultats obtenus au terme des visites de patients simulés.

3 Que savons-nous des effets des différentes utilisations de l'audit et du feed-back ?

3.1 Méthodes alternatives d'utilisation de l'audit et du feed-back

Sur la base d'analyses systématiques de l'audit et du feed-back et des expériences de l'utilisation de l'audit et du feed-back dans la pratique clinique, nous avons identifié les quatre options politiques et procédurales suivantes.

1. Différents types de mécanismes d'audit et de feed-back peuvent être utilisés, à savoir :
 - différents niveaux de responsabilité et d'implication (professionnels individuels de santé, équipe/groupe/service/département, hôpital/clinique, régional, national) ; approches professionnelles obligatoires ou volontaires (autorégulation) ;
 - démarches initiées et/ou dirigées par des professionnels de santé/organisations professionnelles ou par des autorités sanitaires ;
 - différentes méthodes de contrôle ou d'audit de la pratique (audit basé sur les données recueillies d'ordinaire des dossiers électroniques des patients, formulaires sur papier complétés manuellement pendant des consultations spécifiques pour des périodes plus courtes, sondage auprès des patients, audits par des pairs au cours de visites sur place, etc.) ;
 - différentes sources de feed-back (superviseur, cadre, organisme de contrôle des normes professionnelles, représentant de l'employeur/de l'acheteur, chercheurs) ;
 - différents formats de feed-back (rapports de feed-back informatisés ou sur papier, rapports verbaux ou écrits, sur support électronique ou par mail, rapports délivrés individuellement ou par des visites académiques d'éducation scientifique, évaluation par groupe de pairs, etc.) ;
 - différentes fréquences, durées et teneurs ;
 - utilisation de données qui peuvent être analysées et rapportées au niveau de l'individu et/ou du groupe ;
 - feed-back ou données individuelles ou au niveau du groupe qui peuvent être complétés par des informations à propos de la situation spécifique des individus et/ou des recommandations spécifiques de changement dans la pratique ; et
 - utilisation d'un "journal clinique de base" commun, intégré dans le dossier électronique du patient qui peut être utilisé pour faciliter les mécanismes d'audit et de feed-back et contrôler le flux de patients entre les soins primaires et secondaires.
2. L'audit et le feed-back peuvent être associés à des stimulants économiques ou à des programmes de remboursement, par exemple un financement basé sur les résultats ou des programmes de rétribution en fonction des performances.

3. L'audit et le feed-back peuvent être une démarche de gouvernance ou de régulation, utilisée à des fins d'accréditation ou d'évaluations organisationnelles.
4. Les données sur les performances et les résultats peuvent être publiées (bien qu'il faille tenir compte des types de données qui doivent être publiées et des objectifs de telles publications de données).

3.2 La communication, aux professionnels de santé, de données à propos de leurs performances améliore-t-elle l'exercice de leur pratique ?

Une question politique essentielle consiste à déterminer dans quelle mesure les mécanismes d'audit et de feed-back parviennent à inciter les professionnels de santé à modifier leurs pratiques (lorsqu'un feed-back a révélé que leur pratique clinique n'était pas cohérente avec celle de leurs pairs ou avec des directives communément admises). Dans ce contexte, plusieurs études systématiques ont évalué l'efficacité de l'audit et du feed-back (2, 14, 30, 31, 32, 33, 34, 35).

Etant donné que celles-ci ne donnent pas une image cohérente, les principales leçons politiques de ces études sont cependant de déterminer quelle démarche fonctionne dans quelles circonstances (même si, ici aussi, les conclusions ne sont pas cohérentes). Plusieurs des analyses de meilleure qualité sont présentées ci-dessous.

Grimshaw et coll. (14) ont entrepris une analyse globale des effets de l'utilisation de différentes stratégies pour mettre en œuvre les directives. Ils ont constaté que l'audit et le feed-back seuls ou combinés à des réunions et du matériel didactiques pouvaient conduire à des améliorations modestes dans la mise en œuvre des directives par rapport à l'absence totale d'intervention.

Stone et coll. (34) ont passé en revue les études de l'efficacité relative des différentes interventions, y compris l'audit et le feed-back, vis-à-vis des prestataires de soins de santé, dans l'amélioration de la vaccination des adultes et du dépistage du cancer. Treize des études incluses impliquaient la fourniture d'un feed-back. Le feed-back ne s'est pas avéré améliorer la vaccination ou le dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer colorectal et n'a apporté qu'une amélioration modérée du dépistage par mammographie.

Une étude systématique a été effectuée par van der Veer et coll. (35) pour déterminer si le feed-back des registres médicaux aux professionnels de santé avait un quelconque effet sur la qualité des soins et quels étaient les obstacles et facteurs propices sur le plan de l'efficacité du feed-back. Parmi les 50 initiatives différentes de feed-back trouvées, 31 ont été entreprises en milieu hospitalier et 12 dans le cadre de soins cardio-vasculaires. L'actualité du feed-

back variait dans une large mesure, d'une démarche en temps réel à un délai de plus de trois ans entre la survenance d'un événement et le rapport y afférent. La majorité des initiatives de feed-back comprenaient des approches aux multiples facettes. Les éléments communs comprenaient la formation clinique, le support avec l'amélioration des processus et les tables rondes et réunions didactiques sur l'interprétation du feed-back. Parmi les 22 études analytiques, quatre se sont avérées avoir un effet positif sur toutes les mesures des résultats, 8 ont donné une combinaison d'effets positifs et d'absence d'effet et 10 n'ont eu aucun effet. Les mesures sur les procédures de soins étaient plus souvent affectées positivement par le feed-back que les mesures sur les résultats des soins. Les facteurs les plus souvent mentionnés qui influencent l'efficacité du feed-back étaient les suivants : (la confiance dans) la qualité des données ; la motivation de destinataires ; les facteurs organisationnels ; les attentes de résultats des destinataires d'un feed-back.

Jamtvedt et coll. (2) ont évalué les effets de l'audit et du feed-back sur la pratique des professionnels de santé et sur les résultats pour les patients. Cette analyse de Cochrane comprenait 118 études : la plupart avaient été effectuées en Amérique du Nord (67 études) et en Europe occidentale (30 études). Les interventions utilisées étaient très diversifiées sur le plan de leur contenu, de leur format, de leur planning et de leur source. Dans la plupart des études, les professionnels de santé impliqués étaient des médecins. Une étude impliquait des dentistes, trois des infirmières, deux des pharmaciens et quatorze une combinaison de professionnels de santé. Des informations à propos de cette analyse systématique sont résumées dans le Tableau 1.

Dans 50 des études, un ou plusieurs groupes ont reçu une intervention aux multiples facettes qui intégrait l'audit et le feed-back comme l'un de ses composants. L'intervention aux multiples facettes a été définie comme une intervention avec deux composants ou plus. De nombreuses études ont rapporté des résultats multiples même si la plupart étaient des mesures du processus, telles que la prescription ou l'utilisation de tests de laboratoire. La plupart des études ont été évaluées d'une qualité modérée. Dans l'analyse, l'intensité de l'audit et du feed-back, la complexité du comportement ciblé, le sérieux des résultats et le niveau de compliance de base ont été classés étant donné que ces facteurs pourraient éventuellement servir à expliquer les variations dans les effets de l'audit et du feed-back entre les différentes études. Huit comparaisons différentes ont été analysées et les principales conclusions sont résumées dans le Tableau 2 (pour une classification plus complète des conclusions pour chaque comparaison, voir Annexe 1).

L'analyse de Cochrane sur l'audit et le feed-back est mise à jour pour le moment. Certaines études comparant différents types d'audit et de feed-back ont été identifiées et sont actuellement en cours d'analyse.

Tableau 1. Analyse systématique principale (sous-jacente à la présente synthèse) réalisée sur les effets de l'audit et du feed-back et destinée à évaluer les effets de cette approche sur les résultats des patients et la pratique des professionnels de santé

	Domaine d'étude	Conclusion des auteurs de l'analyse
Interventions	Audit et feed-back, définis comme tout résumé des performances cliniques des soins de santé sur une période de temps spécifiée avec ou sans autres interventions par rapport à l'absence d'intervention ou d'autres interventions	118 études ont été incluses. Les interventions utilisées étaient très hétérogènes par leur contenu, leur forme, leur planning et leur source Comportements ciblés : soins préventifs (21 études), prescription d'examen (14), prescriptions (20), durée d'hospitalisation (1) et gestion générale de divers problèmes
Participants	Professionnels de santé responsables des soins des patients	Dans la plupart des études, les professionnels de santé étaient des médecins. Une étude a impliqué des dentistes, trois des infirmières, deux des pharmaciens et quatorze divers types de prestataires
Environnements	Milieu de soins de santé	Les études provenaient des États-Unis (58), du Canada (9), d'Europe occidentale (30), d'Australie (9), de Thaïlande (2), d'Ouganda (1) et du Laos (1)
Résultats	Performances du prestataire ou résultats des soins de santé objectivement mesurés.	De grandes variations ont été observées dans les mesures des résultats et de nombreuses études ont rapporté des résultats multiples.

Date de l'étude la plus récente : janvier 2004. Restrictions : il s'agit d'une analyse systématique de bonne qualité comportant seulement des restrictions minimales.

Source : Jamtvedt et coll. (2).

Tableau 2. Les principales conclusions dans l'analyse systématique (sous-jacente à la présente Synthèse) sur les effets de l'audit et du feed-back ; huit comparaisons différentes analysées

Nombre d'études	Effet sur le résultat (compliance avec la pratique souhaitée)	Conclusions principales	Qualité des preuves
<i>Toute intervention dont l'audit et le feed-back constituent l'un des composants, par rapport à l'absence d'intervention</i>			
72	<p>La différence pondérée de compliance avec la pratique souhaitée variait d'une diminution absolue de 16% de la compliance à une augmentation absolue de 70% de la compliance.</p> <p>L'amélioration médiane était de 5% dans toutes les études (intervalle interquartile, 3-11%)</p> <p>Le rapport de pondération variait de 0,71 à 18,3 dans les études (médiane 1,08 ; intervalle interquartile 0,99-1,30).</p>	<p>Les interventions qui comprennent l'audit et le feed-back comme composant peuvent améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.</p> <p>Les effets sont généralement minimes à modérés.</p> <p>Une faible compliance de base et une intensité élevée de l'audit sont des facteurs qui peuvent augmenter l'effet de l'audit et du feed-back.</p>	●●○○ Faible
<i>Audit et feed-back seuls c/ absence d'intervention</i>			
44	<p>La différence pondérée de compliance avec la pratique souhaitée allait de 16% de diminution absolue de la compliance à 32 % d'augmentation absolue de la compliance.</p> <p>L'amélioration médiane était de 4 % dans toutes les études (intervalle interquartile, 8-9 %).</p>	<p>L'audit et le feed-back seuls peuvent améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.</p>	●●○○ Faible

Tableau 2. Suite

Nombre d'études	Effet sur le résultat (compliance avec la pratique souhaitée)	Conclusions principales	Qualité des preuves
<i>Audit et feed-back plus réunion didactique c/ absence d'intervention</i>			
13	La différence pondérée de compliance avec la pratique souhaitée variait d'une diminution absolue de 1 % de la compliance à une augmentation absolue de 24 % de la compliance. L'amélioration médiane était de 1,5 % dans toutes les études (intervalle interquartile, 1-5,5 %)	L'audit et le feed-back combinés à des réunions didactiques peuvent améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.	●●○○ Faible
<i>Intervention aux multiples facettes avec l'audit et le feed-back c/ absence d'intervention</i>			
40	La différence pondérée de compliance avec la pratique souhaitée variait d'une diminution absolue de 9 % de la compliance à une augmentation absolue de 70 % de la compliance. L'amélioration médiane était de 5,7% dans toutes les études (intervalle interquartile, 8-13,6%)	L'audit et le feed-back dans le cadre d'une intervention aux multiples facettes peuvent améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.	●●○○ Faible
<i>Effets à court terme comparés aux effets à long terme après interruptions du feed-back (la période de suivi variait de 3 semaines à 14 mois)</i>			
8	Pas de pooling des données	Les résultats sont mitigés en ce qui concerne la comparaison des effets à court terme avec les effets à plus long terme de l'audit et du feed-back après interruptions du feed-back.	●●○○ Faible
<i>Audit et feed-back seuls comparés à un audit et un feed-back combinés à une intervention complémentaire (p. ex., rappels, stimulants économiques, visites académiques, leaders d'opinion, matériel didactique pour le patient et outils d'amélioration de la qualité)</i>			
21	Pas de pooling des données	Quelques études ont conclu à un effet résultant de l'addition d'autres interventions à l'audit et au feed-back mais ce n'est pas le cas de la plupart d'entre elles.	●●○○ Faible

Tableau 2. Suite et fin

Nombre d'études	Effet sur le résultat (compliance avec la pratique souhaitée)	Conclusions principales	Qualité des preuves
<i>Audit et feed-back comparés à d'autres interventions (p. ex., rappels, éducation des patients, leaders d'opinion locaux, stimulants économiques, auto-information et éducation basée sur la pratique</i>			
7	Pas de pooling des données	<p>Les rappels et l'utilisation de leaders d'opinion locaux peuvent être plus efficaces que l'audit et le feed-back.</p> <p>L'audit et le feed-back ont réduit la prescription d'examens plus que les stimulants économiques (une étude).</p> <p>Les études comparant l'audit et le feed-back avec l'éducation des patients, l'auto-information et l'éducation basée sur la pratique n'ont constaté aucune différence dans les effets.</p>	
<i>Différentes méthodes d'audit et de feed-back comparées : feed-back par comparaison avec des pairs contre feed-back sans comparaison par des pairs ; feed-back de groupe contre feed-back individuel ; feed-back par des pairs contre feed-back par un observateur non-médecin.</i>			
7	Pas de pooling des données	<p>Aucune différence n'a été observée dans les performances entre l'audit et le feed-back impliquant une comparaison avec des pairs et sans comparaison par des pairs.</p> <p>Aucune différence n'a été observée dans les performances entre un feed-back de groupe et un feed-back individuel.</p> <p>L'amélioration pourrait être plus marquée après des visites académiques réciproques qu'après une visite par un observateur non-médecin.</p>	●●○○ Faible

La qualité des preuves est un jugement à propos du degré de certitude que les estimations des effets sont correctes. Ces jugements sont rendus en utilisant le système GRADE (Annexe 2) et sont fournis pour chaque résultat. Les jugements sont basés sur le type de conception de l'étude (études randomisées c/ études observationnelles), le risque de biais, la cohérence des résultats entre les études et la précision des estimations générales entre les études. Pour chaque résultat, la qualité des preuves est qualifiée d'élevée, de modérée, de faible, voire de très faible.

En plus des principales conclusions présentées dans le Tableau 2, les éléments suivants sont pertinents pour une compréhension de l'impact (potentiel) du feed-back sur les professionnels de santé : le contenu du feed-back ; la source du feed-back ; le destinataire du feed-back ; et la comparaison entre pairs.

Contenu du feed-back

Dans le cadre d'une étude destinée à améliorer cinq mesures de la qualité des soins, Kiefe et coll. (36) ont comparé l'audit et le feed-back spécifique aux médecins avec une intervention identique plus un feed-back sur la progression vers des benchmarks réalisables. La couverture de la vaccination contre la grippe a été améliorée significativement dans le groupe qui a fait l'objet du benchmark mais il ne s'est produit aucune différence significative dans les résultats généraux. Deux études ont comparé l'audit et le feed-back avec et sans comparaison entre les pairs (37,38). Aucune différence des performances n'a été constatée entre les groupes dans aucune des études. Une étude qui a comparé le feed-back sur la médication avec le feed-back sur les performances n'a observé aucune différence dans le contrôle de la pression artérielle (39).

Source du feed-back

Dans une étude, un système de visites réciproques avec un feed-back par des pairs a été comparé avec une méthode impliquant des visites plus un feed-back par un observateur non-médecin et les performances ont été mesurées en utilisant 208 indicateurs de gestion de la pratique (40). Les deux méthodes ont été associées à des améliorations après un an mais chacune a affecté des aspects différents. Dans l'ensemble, l'amélioration a été plus importante après des visites par un pair qu'après une visite par un observateur non-médecin. Afin d'améliorer la gestion du diabète, Ward et coll. (41) ont comparé l'audit et le feed-back plus la visite par un médecin avec un audit et un feed-back plus la visite par une infirmière mais n'ont constaté aucune différence.

Destinataire du feed-back

Dans une étude axée sur la gestion d'une thromboembolie veineuse, aucune différence n'a été observée entre un système d'audit et de feed-back basés

sur le groupe et un système d'audit basé sur le groupe avec un feed-back individuel (42).

Comparaison avec des pairs

Quarante-cinq des études dans cette analyse comprenaient un feed-back par comparaison avec des pairs. Les effets observés dans ces études étaient similaires à ceux d'un audit et d'un feed-back de manière générale. Aucune différence n'a été observée dans les trois études qui ont comparé un feed-back par comparaison avec des pairs avec un feed-back sans comparaison avec des pairs (36,37,38). Dès lors, il n'existe actuellement aucun argument pour conclure que le feed-back impliquant une comparaison avec des pairs soit plus ou moins efficace qu'un audit et un feed-back de manière générale. Contrairement aux conclusions conflictuelles des analyses précédentes sur l'audit et le feed-back (30,31), les résultats de cette analyse suggèrent que l'audit et le feed-back peuvent être une intervention utile bien que les effets soient généralement minimes, avec ou sans comparaison avec des pairs.

3.3 Mesure des performances, publication des données et amélioration de la qualité

Donner un aperçu détaillé des autres efforts d'amélioration de la qualité associés à un audit et à un feed-back sort de la portée de la présente Synthèse. La plupart des systèmes de soins de santé montrent une demande croissante de mesurer les performances des prestataires de soins de santé. Les opportunités et défis associés à la mesure des performances font l'objet d'une littérature abondante. Un ouvrage récent publié par Smith et coll. (43) examine les différents niveaux auxquels intervient l'évaluation des performances du système de santé, les instruments techniques, les outils disponibles et les implications que leur utilisation peut avoir pour les personnes chargées de la gouvernance du système de santé.

La section suivante fournit un bref aperçu (du manque de données à propos) des trois questions clés associées à l'audit et au feed-back dans une perspective politique : les programmes de paiement en fonction des performances ; la publication de données sur les performances ; et l'utilisation d'un audit et d'un feed-back dans l'accréditation ou les évaluations organisationnelles.

Les programmes de paiement en fonction des performances dans les soins de santé améliorent-ils la qualité des soins ?

Les programmes de paiement en fonction des performances ou les achats basés sur la valeur sont importants dans les soins de santé américains ainsi que dans les soins primaires au Royaume-Uni et les soins de santé dans d'autres pays européens. Les arguments pour l'adoption de programmes de paiement

en fonction des performances comprennent comme suit : augmentations constantes des frais médicaux au-delà de la croissance économique générale ; faisceau de preuves indiquant que la qualité des soins de santé fournis aux patients n'est pas liée directement au volume des services reçus ; et accumulation de données qui peuvent servir de base au développement de critères pour la mesure des performances cliniques (44). Les employeurs, organismes payeurs et décideurs de la politique de santé ont mis en place un large éventail de programmes de rétribution en fonction des performances, surtout aux Etats-Unis. Si l'idée de payer les professionnels de santé pour la qualité (plutôt que pour le volume) des soins de santé s'avère intéressante, l'approche de la rétribution en fonction des performances améliore-t-elle la qualité des soins et existe-t-il un risque de conséquences involontaires ?

Rosenthal et coll. (45) ont passé en revue des études empiriques sur le paiement pour la qualité en 2003. Ils ont trouvé seulement sept études et peu de preuves pour étayer l'efficacité de cette mesure. Les études incluses n'ont pas rapporté de conséquences involontaires. Ils ont également passé en revue d'autres milieux que le secteur de la santé et ont constaté que cette littérature était également mitigée. Des données empiriques démontrant l'existence de conséquences involontaires de programmes de rétribution en fonction des performances en dehors du secteur de la santé étaient en revanche relativement bien présentes.

Petersen et coll. (46) ont procédé à une autre analyse systématique de l'effet des stimulants financiers explicites pour les performances sur les mesures de la qualité des soins de santé. Parmi les 17 études éligibles, 13 ont examiné les mesures relatives aux procédures de soins, principalement pour les services préventifs. La majorité a trouvé des effets partiels ou positifs sur des mesures de qualité bien que l'importance des effets soit généralement minime. Dans deux études randomisées, aucune différence n'a été constatée par rapport aux contrôles. Les auteurs ont conclu qu'il était difficile de généraliser à partir des études existantes mais ils ont suggéré que les stimulants nécessitaient une conception très attentive (parce qu'ils pourraient avoir des conséquences involontaires telles qu'un comportement de quitte ou double ou une antisélection) et risquaient d'améliorer l'élaboration de rapports, plutôt que la pratique effective. Les personnes aux performances les plus médiocres à la base peuvent s'améliorer le plus et pourtant décrocher la rétribution en fonction des performances la plus faible si des objectifs seuils sont utilisés. Cela souligne la nécessité d'envisager des stimulants combinés à la fois pour l'amélioration générale et pour le dépassement d'un seuil. Les décideurs politiques doivent envisager si le but est d'améliorer les performances à l'extrémité inférieure du spectre, entretenir les meilleures performances ou les deux.

Au Royaume-Uni, Campbell et coll. (47) ont utilisé une analyse de séries chronologiques interrompues de la qualité des soins pour l'asthme, le diabète et les maladies cardiaques dans 42 cabinets représentatifs de soins primaires en Angleterre. Les données ont été recueillies à deux moments (1998 et 2003) avant la mise en place du Quality and Outcomes Framework (voir Cadre 1) et à deux moments (2005 et 2007) ensuite. Une amélioration rapide de la qualité des soins avait été observée pour les trois conditions avant l'introduction de programmes de paiement en fonction des performances.

Cadre 1. Le Quality and Outcomes Framework du Royaume-Uni

Le Quality and Outcomes Framework a été introduit au Royaume-Uni en 2003 dans le cadre d'un contrat des services médicaux généraux entre le National Health Service et les médecins généralistes. Il définit les normes (indicateurs) dans cinq domaines majeurs pour les médecins généralistes : clinique ; expérience des patients ; services supplémentaires ; soins holistiques et organisation. Le Quality and Outcomes Framework est utilisé pour déterminer 25 % du paiement des médecins généralistes chaque année. Dans une analyse des approches actuelles pour développer et diffuser les normes dans le National Health Service (48), les auteurs ont souligné plusieurs aspects des normes du Quality and Outcomes Framework.

- Les normes ont été développées par une équipe négociatrice composée de la National Health Service Confederation et du General Practitioners Committee de la British Medical Association. L'équipe négociatrice est conseillée par un consortium académique.
- Le Quality and Outcomes Framework représente un changement fondamental dans les normes d'évaluation des médecins, qui ne se fondent plus sur la formation et l'autorisation d'exercer mais exigent des preuves des performances de la pratique.
- Environ deux tiers des normes concernent la délivrance de soins cliniques et la majorité est basée sur des directives nationales.
- Le Quality and Outcomes Framework représente un alignement entre les stimulants financiers et les normes de bons soins médicaux.
- Le Quality and Outcomes Framework a encouragé l'adoption de dossiers médicaux électroniques dans les cabinets des médecins généralistes parce que les informations nécessaires pour déterminer les performances par rapport aux normes pouvaient d'ordinaire être extraites de ces dossiers.
- Une pratique cohérente avec ces normes exige une gestion proactive des patients et l'engagement de toute l'équipe de praticiens.
- Le Quality and Outcomes Framework a été mis à jour pour modifier les seuils et ajouter de nouveaux indicateurs et conditions.

Dans le cadre du programme et entre 2003 et 2005, le pourcentage d'amélioration de la qualité des soins a augmenté pour l'asthme et le diabète mais pas pour les maladies cardiaques. En 2007, le pourcentage d'amélioration avait ralenti pour les trois affections et la qualité des aspects des soins qui n'étaient pas associés à un stimulant avait diminué pour les patients souffrant d'asthme ou d'une maladie cardiaque. Aucun changement significatif n'a été observé dans les rapports des patients sur l'accès aux soins ou sur les aspects interpersonnels des soins. Le niveau de continuité des soins, qui avait été constant, a été réduit immédiatement après l'introduction du programme de paiement en fonction des performances, et s'est stabilisé ensuite à ce niveau réduit. Les auteurs affirment que, selon les données, le Quality and Outcomes Framework en Angleterre avait atteint ses objectifs d'amélioration de la qualité mais que le rythme d'amélioration ne s'est pas maintenu une fois ces objectifs atteints. Contrairement à ce qu'avaient annoncé les critiques, le programme en Angleterre a apparemment conduit à une réduction des inégalités socio-démographiques dans la délivrance de soins cliniques primaires (49). Une étude récente fournit une vision plus équivoque suggérant que les inégalités dans la gestion des maladies chroniques ont persisté après l'introduction du Quality and Outcomes Framework (50).

La communication au public de données sur les performances améliore-t-elle la qualité des soins ?

Tout en reconnaissant les sensibilités associées à la communication au public de données sur les performances en tant que moyen d'aider les patients à prendre de meilleures décisions à propos des prestataires auxquels ils font appel, cela reste une question souvent abordée dans les cercles politiques.

Berwick, James et Coye (29) proposent deux voies par lesquelles le rapport au public pourrait améliorer les performances : la sélection ou le changement (Fig. 1, p. 8). Ces voies sont mises en relation par la motivation d'un prestataire de maintenir ou d'augmenter sa part de marché. Dans la "voie de sélection", un consommateur (patient, acheteur, instance régulatrice, entrepreneur ou clinicien référent) obtient, compare et met en parallèle les données sur les performances communiquées au public afin d'essayer d'obtenir la meilleure qualité pour le meilleur prix (achat basé sur la valeur). Le consommateur choisit alors (ou rétribue, reconnaît, sanctionne ou paie) un membre du groupe (p. ex., un médecin de famille, un chirurgien ou un hôpital). Dans la "voie du changement", les résultats des performances aident les organisations à comprendre et améliorer leurs procédures de soins pour améliorer leurs performances. Un changement peut se produire par une pression pour éviter d'être identifié comme un prestataire de mauvaise qualité ou, dans certains cas, en incitant les prestataires de qualité médiocre à cesser de pratiquer.

La voie du changement comprend également des stimulants externes tels que des interventions du gouvernement qui récompensent les prestataires très performants ou sanctionnent les prestataires aux performances médiocres.

Des analyses systématiques des données communiquées au public sur la qualité des soins ont montré des résultats incohérents (51,52). Fung et coll. (51) ont inclus 45 articles dans leur analyse mais ont trouvé difficile de procéder à des comparaisons entre les études en raison de leur caractère hétérogène.

En effet, les données factuelles à propos de la publication des données sur les performances, en particulier à propos des prestataires individuels et de leurs pratiques, sont insuffisantes. De nombreux systèmes majeurs de rapport au public n'ont pas été évalués rigoureusement (51). Les preuves suggèrent que la publication de données sur les performances stimule l'activité d'amélioration de la qualité au niveau de l'hôpital. Cependant, l'effet que la communication au public de données sur les performances exerce sur l'efficacité, la sécurité et l'orientation sur le patient reste incertain.

L'audit et le feed-back, en tant qu'instruments de gouvernance et de régulation, utilisés dans l'accréditation ou les évaluations organisationnelles améliorent-ils la qualité des soins ?

Depuis les années 70, des programmes et organismes d'accréditation des soins de santé sont apparus et se sont développés à l'échelle internationale. Il existe aujourd'hui de nombreuses organisations nationales d'accréditation et une instance internationale, l'International Society for Quality in Health Care, qui compte à présent des membres dans plus de 70 pays. L'implication dans l'accréditation est variable mais, dans de nombreuses parties du monde, l'accréditation mondiale est désormais une partie importante et acceptée des activités d'amélioration de la qualité.

Greenfield et Braithwaite (53) ont examiné et analysé la recherche sur l'accréditation et les processus d'accréditation. Ils ont inclus un travail empirique qui a examiné systématiquement l'accréditation ou le processus d'accréditation et ont identifié 66 documents qui répondent à leurs critères. L'impact de l'accréditation a été étudié sous différents angles et à différents degrés. Le profil était complexe, des améliorations ayant été apportées dans certains domaines mais pas dans d'autres. L'analyse n'a pas rendu compte de la conception ou de la qualité des études incluses et n'a pas donné d'estimations quantitatives des effets de l'accréditation.

Nous n'avons pas identifié d'analyses systématiques de qualité évaluant les effets de l'accréditation ou des évaluations organisationnelles et, dès lors, il n'est pas possible de tirer des conclusions fermes basées sur des preuves rigoureuses.

4 Comment décider si – et comment – l'audit et le feed-back doivent être mis en œuvre ?

4.1 Facteurs qui pourraient expliquer les variations dans l'efficacité de l'audit et du feed-back

Sur la base des preuves des analyses systématiques d'études contrôlées randomisées, nous savons que l'audit et le feed-back peuvent améliorer les performances dans une mesure minime à modérée et que certaines études ont montré des effets plus marqués. Dans cette perspective, il serait potentiellement très utile de savoir comment utiliser l'audit et le feed-back de la manière la plus efficace mais que savons-nous des facteurs qui pourraient expliquer les variations dans l'efficacité de cette technique ?

Sur la base de l'analyse systématique sous-jacente de cette Synthèse, nous savons que les effets de l'audit et du feed-back sont d'autant plus grands que la pratique existante est éloignée de l'objectif recherché (2). Une plus grande intensité de l'audit et du feed-back est également plus efficace (2). L'intensité peut être classée en fonction de caractéristiques qui sont importantes pour expliquer les différences dans l'efficacité de l'audit et du feed-back et peut ensuite être classée de "plus" à "moins". Les caractéristiques sont :

- Le destinataire (individu ou groupe) ;
- La forme (verbale, écrite ou les deux) ;
- La source (superviseur, cadre supérieur, organismes de contrôle des normes professionnelles, représentant de l'employeur ou de l'acheteur ou chercheurs) ;
- La fréquence du feed-back, classée comme fréquente (hebdomadaire max.), modérée (mensuelle max.) et rare (moins que mensuelle) ;
- La durée du feed-back, classée comme prolongée (une année ou plus), modérée (entre un mois et un an) et brève (moins d'un mois) ; et
- Le contenu du feed-back (informations sur les patients, telles que la pression artérielle ou les résultats d'examens, la conformité avec les normes ou directives, la comparaison avec des pairs ou des informations à propos des coûts ou nombres d'examens prescrits ou prescriptions).

Dès lors, un feed-back plus intensif devrait inclure à la fois un feed-back verbal et écrit donné fréquemment avec une durée prolongée à un professionnel individuel de la santé par un superviseur ou un cadre supérieur. Le contenu du feed-back devrait être des informations liées directement aux patients.

Les facteurs tels que le type d'intervention (audit et feed-back seuls ou couplés avec des activités didactiques ou des interventions aux facettes multiples), la complexité du comportement ciblé, la qualité de l'étude ou le sérieux des résultats n'ont pas servi à expliquer la variation dans les effets relatifs entre les études (2).

Aucune preuve empirique comparant l'efficacité d'un audit et d'un feed-back obligatoires contre volontaires n'a été observée. Des preuves robustes ne sont pas davantage disponibles pour expliquer si l'audit et le feed-back organisés au niveau interne (par les professionnels de santé eux-mêmes) ou externes (par des organisations professionnelles ou des autorités sanitaires) diffèrent en efficacité. De manière similaire, sur la base d'analyses systématiques, il n'existe pas d'informations sur les coûts ou la rentabilité de la mise en œuvre de l'audit et du feed-back.

Foy et coll. (54) ont examiné si les directives et preuves d'analyses systématiques sur l'audit et le feed-back aident à informer des décisions pratiques à propos de leur utilisation en pratique. Ils ont choisi le diabète comme thème et ont utilisé les données factuelles d'une version antérieure de l'analyse de Jamtvedt et coll. (2) avec les "Principles for Best Practice in Clinical Audit" du National Institute for Clinical Excellence (1). Ils ont conclu que les preuves étaient d'un usage limité pour informer de l'implémentation opérationnelle de l'audit et du feed-back factuels. Cela s'expliquait principalement en raison du caractère hétérogène des études, des problèmes d'interprétation des sous-groupes d'études et du manque de comparaisons individuelles pour permettre de répondre aux questions importantes. Ils ont suggéré que la conceptualisation de l'audit et du feed-back dans un cadre théorique pouvait offrir une piste de progression.

4.2 Théories sur la façon d'améliorer l'efficacité de l'audit et du feed-back

Une autre question à prendre en considération est de savoir si et dans quelle mesure les comportements pourraient contribuer à expliquer les variations observées dans les effets des mécanismes d'audit et de feed-back. A cet égard, nous avons identifié deux analyses systématiques qui ont tenté d'appliquer différentes théories de changement de comportement pour évaluer les impacts différentiels.

Hysong (55) a considéré le potentiel explicatif de la théorie d'intervention du feed-back (56), une théorie dérivée de la psychologie industrielle/organisationnelle vis-à-vis de la variabilité observée dans l'audit et le feed-back. La théorie prévoit que l'audit et le feed-back seront plus efficaces lorsque le feed-back souligne les caractéristiques de la tâche clinique

à accomplir (par exemple, spécifie un objectif de performance, présente des informations sur la façon dont les objectifs de performance peuvent être atteints et fournit un commentaire sur le degré de variation des performances observées depuis le feed-back précédent). Il prédit également que l'audit et le feed-back seront moins efficaces s'ils se concentrent sur le destinataire du feed-back (par exemple, découragement ou appréciation des performances). L'analyse comprenait seulement des études de l'audit et du feed-back seuls contre l'absence d'intervention et a identifié 19 de ces études. L'audit et le feed-back possédaient un effet modeste mais statistiquement significatif sur les performances. Quatre modérateurs ont eu un impact significatif sur l'effet de l'audit et du feed-back : (1) l'information correcte sur les solutions (fournissant des suggestions spécifiques d'amélioration) et (2) la délivrance d'un feed-back écrit a augmenté l'effet du feed-back tandis que (3) la délivrance d'un feed-back verbal et (4) la délivrance d'un feed-back graphique ont réduit l'effet. En outre, il s'est avéré qu'un feed-back plus fréquent avait augmenté significativement l'effet. Les informations normatives et la délivrance publique d'un feed-back n'ont semblé avoir aucun impact sur les résultats.

Entre-temps, une autre analyse (57) qui impliquait une recherche plus étendue de la littérature sur les théories de changement comportemental a révélé que les techniques d'autorégulation du changement qui sous-tendent l'audit et le feed-back sont calquées très étroitement sur la Théorie de Contrôle (58). Selon la Théorie du Contrôle (58), les personnes sont plus susceptibles de changer leur comportement si le feed-back des performances est accompagné par comparaison avec un objectif comportemental et des plans d'action. Quarante-cinq comparaisons de 61 études ont été examinées dans l'analyse. En dépit de cette richesse des informations d'études randomisées, quelques interventions ont incorporé explicitement les objectifs ou plans d'action. En raison de la pauvreté des preuves disponibles concernant les composants dérivés de la théorie, les auteurs n'ont pas été capables de tester les hypothèses théoriques.

4.3 Études qualitatives suggérant comment l'audit et le feed-back peuvent être utilisés plus efficacement

Nous n'avons pas identifié d'analyse systématique des études de qualité examinant comment l'expérience de la réception d'un feed-back pouvait expliquer les variations dans les effets mais nous avons identifié quelques études qualitatives proposant des hypothèses quant à la façon d'utiliser plus efficacement l'audit et le feed-back.

Hysong et coll. (59) ont utilisé une approche qualitative pour étudier les différences dans la façon dont les organisations médicales aux performances élevées ou médiocres traitent les données de l'audit clinique comme une source

de feed-back. Les organisations très performantes donnaient un feed-back ponctuel (mensuel, voire plus souvent) et individualisé et le ton du feed-back n'était pas d'un style punitif. Les organisations peu performantes avaient adopté un planning plus variable et se fondaient sur des rapports plus standardisés au niveau de l'organisation comme source de feed-back (avec une organisation indiquant une atmosphère punitive). Sur la base de 102 entretiens avec des collaborateurs des six organisations étudiées, le concept d'un feed-back pratique a émergé comme une catégorie clé des données. Le modèle du feed-back pratique comprend, par ordre hiérarchique : la ponctualité, l'individualisation, le caractère non punitif et la personnalisation. Les auteurs prétendent que ce modèle est cohérent avec des théories et recherches existantes sur le feed-back individuel, comme exposé dans la Théorie d'intervention de feed-back (56).

Les performances des professionnels de santé comprennent plusieurs domaines de compétence professionnelle. Le feed-back multisource ou feed-back à 360° est une approche utilisée pour évaluer ces domaines, en particulier les compétences humanistiques et relationnelles. Cette méthode est utilisée aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et aux Pays-Bas. Des études qualitatives explorant les éléments incitant ou dissuadant les professionnels de santé de mettre en place des suggestions d'amélioration d'un feed-back à 360° peuvent également être pertinentes pour d'autres types de feed-back.

Sargeant et coll. (60) ont constitué des groupes cible avec des médecins de famille participant à une étude-pilote au Canada. L'exploration de réactions de médecins à un feed-back de 360° a suggéré que les perceptions de la crédibilité, de la précision et de l'utilité du feed-back avaient influencé comment, le cas échéant, les médecins ont utilisé leur feed-back pour l'amélioration de la pratique et l'apprentissage continu. En 2007, 109 consultants aux Pays-Bas ont été évalués en utilisant un feed-back à 360° et un apprentissage par portfolio. Overeem et coll. (61) ont organisé des entretiens semi-structurés avec 23 de ces consultants et ont identifié quatre groupes de facteurs qui peuvent influencer une amélioration après un feed-back à 360° : (1) facteurs contextuels liés à la charge de travail, manque d'ouverture et support social, manque d'engagement de la gestion hospitalière, principes de libre marché et méfiance publique ; (2) facteurs liés au feed-back (un feed-back négatif a généralement été difficile à accepter, surtout lorsqu'il ne correspondait pas à leur propre perception de leurs performances) ; (3) caractéristiques du système d'évaluation, tels que des modérateurs et un portfolio pour encourager la réflexion, les objectifs d'amélioration concrets et les entretiens annuels de suivi ; et (4) facteurs individuels tels que l'auto-efficacité et la motivation.

5 Observations finales

Les normes actuelles des soins cliniques se fondent de plus en plus sur les preuves solides tirées d'études d'excellente qualité. Les méthodes de communication modernes mettent plus vite ces normes à la disposition de la communauté clinique que jamais auparavant. Néanmoins, d'importantes variations dans la qualité des soins peuvent être observées dans tous les Etats membres de la Région européenne de l'OMS et cela tient à une multitude de facteurs. Pour garantir l'utilisation adéquate des connaissances et, par conséquent, des ressources, les cadres d'assurance de qualité ont été mis en place dans une mesure variable dans de nombreux Etats membres. Dans de tels cadres, le système d'audit et de feed-back a pris une importance significative en raison de son approche pragmatique dans la mise en relation des performances et des données des résultats, soit vis-à-vis des organisations (telles que les hôpitaux), soit vis-à-vis des prestataires individuels de soins de santé. La présentation de prestataires de soins de santé avec leurs propres données de performances par comparaison avec les données agrégées d'autres institutions s'est avérée améliorer les normes de soins.

Cette Synthèse a montré que le système d'audit et de feed-back avait le potentiel d'influencer positivement le comportement des prestataires. Le système comprend une vaste gamme de mesures et, comme l'a révélé l'analyse, il n'existe pas d'étalon d'or en ce qui concerne la meilleure façon de mettre en place ces activités. La variation dans les effets entre les différentes études n'est explicable sur la base d'aucun des facteurs suivants : type d'intervention (audit et feed-back seuls ou associés à des activités didactiques ou des interventions aux multiples facettes) ; la complexité du comportement étant ciblée ; la qualité de l'étude ; ou le sérieux des résultats (2). Un aperçu extensif de la littérature pertinente révèle que l'effet global de l'audit et du feed-back sur les changements comportementaux parmi les prestataires a été modeste. En outre, la qualité des preuves (comme c'est si souvent le cas dans le domaine des mesures d'amélioration de la qualité) est médiocre. Il en va de même en ce qui concerne l'utilisation de la comparaison avec des pairs pour renforcer les résultats de l'audit et du feed-back. Actuellement, il n'existe aucune base pour conclure que le feed-back impliquant une comparaison par des pairs est soit plus, soit moins efficace que l'audit et le feed-back de manière générale. Point important, la portée de l'amélioration est d'autant plus grande que la pratique existante est plus éloignée du résultat souhaité. L'audit et le feed-back doivent être considérés comme une composante d'une stratégie aux multiples facettes pour améliorer la qualité des soins de santé.

Les études présentées dans cette Synthèse montrent que l'approche de l'audit et du feed-back peut être utilisée dans pratiquement tous les milieux des soins de santé. Sa mise en place nécessite des objectifs clairs et une analyse

approfondie de l'environnement des soins de santé en question, en particulier lorsque cette approche est combinée à des stimulants et sanctions ou est rendue obligatoire. A nouveau, aucune preuve solide n'a été identifiée pour indiquer que ces combinaisons améliorent significativement les résultats de l'audit et du feed-back et, par conséquent, des soins de santé fournis. Néanmoins, les expériences de quelques initiatives majeures dans certains pays européens promettent de fournir certaines des preuves nécessaires.

Bien que les preuves ne soient pas accablantes en ce qui concerne les effets de l'audit et du feed-back, son utilisation à venir ne restera probablement pas limitée à l'orientation traditionnellement axée sur les performances de la qualité des soins de santé (par exemple, taux d'exams oculaires chez les patients diabétiques). Les données concernant la sécurité des patients et les indicateurs du personnel de la santé (tels que l'absentéisme) peuvent avoir le potentiel d'améliorer les performances des prestataires de soins de santé. A ce jour, les informations concernant l'utilisation de l'audit et du feed-back dans ce domaine sont cependant lacunaires. Compte tenu de l'importance de ces deux thèmes, les mécanismes d'audit et de feed-back trouveront probablement d'autres applications.

Malheureusement, en dépit des preuves d'analyses systématiques de plus de 100 études sur l'audit et le feed-back, nous possédons toujours des informations limitées qui permettront d'étayer les décisions sur la meilleure façon d'utiliser l'audit et le feed-back dans les soins de santé ordinaires. Néanmoins, la fourniture d'un support adéquat pour les programmes d'audit et de feed-back est susceptible d'être essentielle pour garantir l'efficacité lors de la mise à niveau.

Néanmoins, les décisions à propos de l'éventualité et de la façon d'utiliser l'audit et le feed-back pour améliorer la pratique professionnelle doivent être guidées par le pragmatisme et les circonstances locales, y compris :

- la compliance de base connue ou anticipée aux directives ou à la pratique souhaitée est faible ;
- la réalisation d'un audit est faisable et les coûts de collecte des données sont faibles ;
- les données compilées d'ordinaire sont fiables et pourraient être utilisées pour l'audit ; et
- des améliorations minimales à modérées vaudraient la peine.

L'impact de l'audit et du feed-back, avec ou sans interventions supplémentaires, doit être contrôlé habituellement par audit de la pratique après l'intervention.

Références

1. National Institute for Clinical Excellence. *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 2002.
2. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
3. Asch SM et al. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *New England Journal of Medicine*, 2006, 354(11):1147–1156.
4. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*, 1998, 280(11):1000–1005.
5. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 2003, 362(9391): 1225–1230.
6. McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348(26):2635–2645.
7. Andersen TF, Mooney G. *The challenges of medical practice variations*. London, Macmillan, 1990.
8. McPherson K et al. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England Journal of Medicine*, 1982, 307(21):1310–1314.
9. Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science*, 1973, 182(117):1102–1108.
10. Garrido MV. *Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
11. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*, 2008, 336(7652):1049–1051.
12. Bero LA et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ*, 1998, 317(7156):465–468.
13. Grimshaw JM et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 2001, 39(8 Suppl 2):2–45.

14. Grimshaw JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004, 8(6):iii-iv, 1-72.
15. Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Elsevier, Edinburgh, 2004.
16. Colthart I et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME guide no. 10. *Medical Teacher*, 2008, 30(2):124-145.
17. Davis DA et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 2006, 296(9):1094-1102.
18. Legido-Quigley H et al. *Assuring the quality of health care in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
19. Council of Europe. *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care – recommendation no. R (97) 17 and explanatory memorandum*. Strasbourg, Council of Europe, 1998.
20. Institute of Medicine. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC, National Academy Press, 1990.
21. Braithwaite J, Healy J, Dwan K. *The governance of health safety and quality*. Canberra, Commonwealth of Australia, 2005.
22. Donabedian, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 1988, 260(12):1743-1748.
23. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 1996, 335(13):966-970.
24. Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ*, 2007, 335(7621):648-650.
25. Groene O, Skau JK, Frølich, A. An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, 20(3):162-171.
26. Drife J. Fifty years of the confidential enquiry into maternal deaths. *British Journal of Hospital Medicine*, 2006, 67(3):121-125.
27. McGlynn EA. Measuring clinical quality and appropriateness. In: Smith PC et al., eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009:87-113.

28. Akl EA et al. NorthStar, a support tool for the design and evaluation of quality improvement interventions in healthcare. *Implementation Science*, 2007, 2:19.
29. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*, 2003, 41(1 Suppl):I-30–I-38.
30. Axt-Adam P, van der Wouden JC, van der Does DE. Influencing behavior of physicians ordering laboratory tests: a literature study. *Medical Care*, 1993, 31(9):784–794.
31. Balas EA et al. Effect of physician profiling on utilization. Meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11(10):584–590.
32. Buntinx F et al. Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders. A review. *Family Practice*, 1993, 10(2):219–228.
33. Mugford M, Banfield P, O'Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *BMJ*, 1991, 303(6799):398–402.
34. Stone EG et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 2002, 136(9):641–651.
35. van der Veer SN et al. Improving quality of care. A systematic review on how medical registries provide information feedback to health care providers. *International Journal of Medical Informatics*, 2010, 79(5):305–323.
36. Kiefe CI et al. Improving quality improvement using achievable benchmarks for physician feedback: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285(22):2871–2879.
37. Søndergaard J et al. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomised, controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2003, 21(1):47–51.
38. Wones RG. Failure of low-cost audits with feedback to reduce laboratory test utilization. *Medical Care*, 1987, 25(1):78–82.
39. Gullion DS et al. Management of hypertension in private practice: a randomized controlled trial in continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 1988, 8(4):239–255.
40. van den Hombergh P et al. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Quality in Health Care*, 1999, 8(3):161–166.

41. Ward A et al. Educational feedback in management of diabetes in general practice. *Education for General Practice*, 1996, 7:142–150.
42. Anderson FA et al. Changing clinical practice. Prospective study of the impact of continuing medical education and quality assurance programs on use of prophylaxis for venous thromboembolism. *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154(6):669–677.
43. Smith PC et al, eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
44. Rowe JW. Pay-for-performance and accountability: related themes in improving health care. *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145(9):695–699.
45. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, 2006, 63(2):135–157.
46. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006, 145(4):265–272.
47. Campbell SM et al. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(4):368–378.
48. McGlynn EA, Shekelle P, Hussey P. *Developing, disseminating and assessing standards in the National Health Service*. Cambridge, RAND Health, 2008.
49. Doran T et al. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*, 2008, 372(9640):728–736.
50. Alshamsan R et al. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2010, 15(3):178–184.
51. Fung CH et al. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*, 2008, 148(2):111–123.
52. Marshall MN et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA*, 2000, 283(14):1866–1874.
53. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008, 20(3):172–183.
54. Foy R et al. What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review. *BMC Health Services Research*, 2005, 5:50.

55. Hysong SJ. Meta-analysis: audit and feedback features impact effectiveness on care quality. *Medical Care*, 2009, 47(3):356–363.
56. Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological Bulletin*, 1996, 119:254–284.
57. Gardner B et al. Using theory to synthesise evidence from behaviour change interventions: the example of audit and feedback. *Social Science and Medicine*, 2010, 70(10):1618–1625.
58. Carver CS, Scheier MF. Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 1982, 92:111–135.
59. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: making feedback actionable. *Implementation Science*, 2006, 1:9.
60. Sargeant J, Mann K, Ferrier S. Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness. *Medical Education*, 2005, 39(5):497–504.
61. Overeem K et al. Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study. *Medical Education*, 2009, 43(9):874–882.

Annexe 1. Résumé des principales conclusions pour huit comparaisons sur l'utilisation de l'audit et du feed-back

Toute intervention dont le système d'audit et de feed-back est un composant, par rapport à l'absence d'intervention.

L'objectif primaire de l'analyse était de comparer les interventions prévoyant un audit et un feed-back avant l'absence d'intervention. Les examinateurs ont identifié un total de 88 comparaisons de 72 études auprès de plus de 13.500 professionnels de santé. 64 comparaisons utilisant les résultats dichotomiques de 49 études et 24 comparaisons de résultats continus de 23 études ont été utilisées. Les résultats dichotomiques étaient généralement l'adhésion contre la non-adhésion aux directives ou à la pratique souhaitée concernant, par exemple, les prescriptions, l'utilisation d'examen ou d'autres tâches cliniques tandis que les résultats continus concernaient différents degrés

d'amélioration, par exemple des réductions dans le nombre d'examens prescrits. Il s'est produit des variations importantes dans les résultats parmi les études, quelques études montrant des améliorations importantes avec l'audit et le feed-back et quelques autres des résultats négatifs. La majeure partie des études ont montré des améliorations minimales à modérées et les principales conséquences étaient les suivantes :

- Les interventions dont le système d'audit et de feed-back constitue un composant peuvent améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par comparaison avec l'absence d'intervention.
- Les effets sont généralement minimales à modérés.
- Un faible niveau de compliance de base et l'audit et le feed-back très intenses sont des facteurs qui peuvent augmenter l'effet de l'audit et du feed-back.

Comme résumé ci-dessous, l'approche de l'audit et du feed-back possède un effet relatif plus important sur les professionnels des soins de santé qui montrent au départ une faible compliance avec la pratique souhaitée par rapport à ceux qui commencent avec une compliance élevée.

Impact de l'audit et du feed-back sur les professionnels de santé commençant avec une compliance faible ou élevée

Participants : Professionnels des soins de santé					
Environnement : Différents environnements de santé					
Intervention : Interventions très hétérogènes qui comprenaient un audit et un feed-back					
Comparaison : Pas d'intervention destinée à améliorer la pratique					
Résultat	Impact sur les professionnels des soins de santé			Nombre d'études	Qualité des preuves (GRADE)
	Sans audit et feed-back	Avec audit et feed-back	Changement relatif		
Début par une compliance faible	40 pour 100	54 pour 100	35% d'augmentation relative	49	●●○○ Faible
Début par une compliance élevée	70 pour 100	83 pour 100	19% d'augmentation relative		

Audit et feed-back seuls, comparés à l'absence d'intervention

La deuxième comparaison dans l'analyse était l'audit et le feed-back seuls, comparés à l'absence d'intervention. Quarante-quatre études avec 51 comparaisons ont été identifiées et ont rapporté 52 résultats différents. L'audit et le feed-back seuls se sont avérés capables d'améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par comparaison avec une absence totale d'intervention.

Audit et feed-back seuls, comparés à l'absence d'intervention

Participants : Professionnels des soins de santé

Environnement : Différents environnements de santé

Intervention : Audit et feed-back seuls

Comparaison : Pas d'intervention destinée à améliorer la pratique

Résultats	Effet absolu Augmentation ajustée médiane de la compliance avec la pratique souhaitée (intervalle interquartile)	Effet relatif Rapport de risque ajusté médian (intervalle interquartile)	Nombre de participants (études)	Qualité des preuves (GRADE)*
Compliance avec la pratique souhaitée	4%† (-0,8-9,0%)	1,07 (0,98 – 1,18)	Plus de 8000 (44) ‡	●●○○ Faible

* GRADE : Grades de recommandation du GRADE Working Group.

† Médiane (et intervalle interquartile) pour les différences de risque de 35 comparaisons avec des résultats dichotomiques ajustés pour les différences de base dans la compliance.

‡ 35 comparaisons dans les 45 études ont rapporté des résultats dichotomiques.

Audit et feed-back avec réunions didactiques, comparés à l'absence d'intervention

L'approche de l'audit et du feed-back est souvent combinée à des réunions didactiques. Dans l'analyse systématique, un total de 24 comparaisons de 13 études a opéré une comparaison entre l'audit et le feed-back plus des réunions didactiques et l'absence d'intervention. Sur la base des preuves des études identifiées, les auteurs ont conclu que l'audit et le feed-back combinés à des réunions didactiques pouvaient améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.

Audit et feed-back avec réunions didactiques, comparés à l'absence d'intervention

Participants : Professionnels des soins de santé				
Environnement : Différents environnements de santé				
Intervention : Audit et feed-back plus réunions didactiques				
Comparaison : Pas d'intervention destinée à améliorer la pratique				
Résultats	Effet absolu Augmentation ajustée médiane de la compliance avec la pratique souhaitée (intervalle interquartile)	Effet relatif Rapport de risque ajusté médiann (intervalle interquartile)	Nombre de participants (études)	Qualité des preuves (GRADE)*
Compliance avec la pratique souhaitée	1,5%† (1,0-5,5%)	1,06 (1,03 – 1,09)	(13)‡	●●○○ Faible

* GRADE : Grades de recommandation du GRADE Working Group.

† Médiane (et intervalle interquartile) pour les différences de risque de 35 comparaisons avec des résultats dichotomiques ajustés pour les différences de base dans la compliance.

‡ 5 comparaisons dans les 13 études ont rapporté des résultats dichotomiques.

Audit et feed-back dans le cadre d'une intervention aux facettes multiples comparés à l'absence d'intervention

L'approche de l'audit et du feed-back fait souvent partie d'une combinaison d'interventions. Les auteurs de l'étude ont identifié 50 comparaisons à partir de 40 études comparant l'audit et le feed-back dans le cadre d'une intervention aux facettes multiples avec l'absence d'intervention et ont conclu que l'audit et le feed-back, en tant qu'élément d'une intervention aux facettes multiples, pouvaient améliorer la compliance avec la pratique souhaitée par rapport à l'absence d'intervention.

Audit et feed-back dans le cadre d'une intervention aux facettes multiples comparés à l'absence d'intervention

Participants : Professionnels des soins de santé

Environnement : Différents environnements de santé

Intervention : Audit et feed-back dans le cadre d'une intervention aux facettes multiples

Comparaison : Pas d'intervention destinée à améliorer la pratique

Résultats	Effet absolu Augmentation ajustée médiane de la compliance avec la pratique souhaitée (intervalle interquartile)	Effet relatif Rapport de risque ajusté médian (intervalle interquartile)	Nombre de participants (études)	Qualité des preuves (GRADE)*
Compliance avec la pratique souhaitée	24%† (5-49%)	1,10 (1,03 – 1,36)	(40)‡	●●○○ Faible

* GRADE : Grades de recommandation du GRADE Working Group.

† Médiane (et intervalle interquartile) pour les différences de risque de 35 comparaisons avec des résultats dichotomiques ajustés pour les différences de base dans la compliance.

‡ 41 comparaisons dans les 40 études ont rapporté des résultats dichotomiques.

Effets à court et long terme de l'audit et du feed-back

Huit études comportant 11 comparaisons des effets à court terme de l'audit et du feed-back avec les effets observés à plus long terme (après l'arrêt du feed-back) ont été observées. Dans ces études, les périodes de suivi variaient de 3 semaines à 14 mois. Les résultats étaient mitigés : quelques études ont montré une persistance des effets et d'autres pas.

Audit et feed-back combinés à des interventions complémentaires, par rapport à un audit et un feed-back seuls

Vingt-et-une études avec 25 comparaisons ont été incluses. Dans toutes les études, une intervention aux facettes multiples avec audit et feed-back a été comparée avec un audit et un feed-back seuls. Les interventions complémentaires comprenaient des rappels, des stimulants économiques, des visites académiques, des leaders d'opinion, du matériel didactique pour les patients et des outils d'amélioration de la qualité. Quelques études ont constaté un effet de l'addition d'autres interventions à l'audit et au feed-back mais il n'en a rien été pour la majeure partie d'entre elles.

Quatre études ont comparé l'audit et le feed-back avec l'audit et le feed-back plus les rappels (1,2,3,4). L'addition de rappels à l'audit et au feed-back a donné une réduction de 47 % dans les renvois à des radiographies par rapport à un audit et un feed-back seuls (3). Tierney et coll. (4) ont également constaté qu'une approche dans laquelle des rappels étaient combinés avec l'audit et le feed-back était plus efficace de 36 % qu'un feed-back seul. Les deux autres études n'ont constaté aucun effet additionnel de la combinaison de rappels avec l'audit et le feed-back.

Deux études ont comparé l'audit et le feed-back avec l'audit et le feed-back plus des stimulants (5,6). Fairbrother et coll. (5) ont comparé l'audit et le feed-back seuls avec l'audit et le feed-back plus un bonus financier unique basé sur une couverture actualisée pour quatre vaccinations et également avec l'audit et le feed-back plus des "honoraires majorés pour service" (US\$ 5 pour chaque vaccin administré dans les 30 jours de l'échéance). Les taux de vaccination se sont améliorés significativement de 29 % à 54 % dans le groupe bénéficiant de la prime après huit mois. Cependant, le pourcentage de vaccinations reçues en dehors du cabinet a aussi augmenté significativement dans ce groupe. Aucun changement n'a été observé dans les groupes recevant des honoraires majorés pour service et l'audit et le feed-back seuls. Cependant, il n'y avait que 15 médecins dans chaque groupe de comparaison et des différences existaient entre eux au début de l'étude (même si celles-ci avaient été contrôlées dans l'analyse). Dans une étude d'excellente qualité (6), l'addition de stimulants à l'audit et au feed-back n'a eu aucun effet significatif lorsque des directives pour le dépistage du cancer ont été mises en œuvre.

Trois études (7,8,9) ont comparé l'audit et le feed-back avec l'audit et le feed-back plus les visites académiques. Dans une étude, deux des sept résultats se sont améliorés mais le résumé des mesures couvrant tous les résultats ne montre aucune amélioration (8). Dans une triple comparaison étudiant l'amélioration des soins de diabète, Ward et coll. (9) ont comparé le feed-back avec le feed-back plus une visite académique par une infirmière ou le feed-back

plus une visite académique par un pair. Les deux groupes recevant la visite académique ont montré de plus grandes améliorations que le groupe recevant le feed-back seul. Borgiel et coll. (7) n'ont constaté aucun effet additionnel avec une visite académique.

Trois études ont examiné l'effet de l'utilisation de leaders d'opinion en plus de l'audit et du feed-back. Guadagnoli et coll. (10) ont constaté une meilleure discussion à propos des options de traitement chirurgical avec les patients souffrant d'un cancer du sein dans les deux groupes mais ont constaté qu'il n'y avait aucune différence entre eux. Sauia et coll. (11) ont comparé le feed-back verbal sur place par un leader d'opinion (un cardiologue expert) avec un feed-back par courrier et ont constaté que le feed-back par le cardiologue était majoritairement inefficace pour améliorer les soins en cas de crise cardiaque. Dans une étude d'excellente qualité, Soumerai et coll. (12) ont découvert que l'implication d'un leader d'opinion n'avait eu aucun effet d'additionnel sur la proportion de patients qui, après une crise cardiaque, reçoivent certains médicaments appropriés.

Une étude a comparé l'audit et le feed-back plus du matériel didactique destiné aux patients avec l'audit et le feed-back seul (13) et a découvert que l'addition de l'éducation du patient à l'audit et au feed-back n'avait aucune influence sur la prescription d'antibiotiques pour les infections respiratoires.

Hayes et coll. (14) ont comparé un feed-back écrit avec un feed-back amélioré par la participation d'un médecin qualifié et d'outils d'amélioration de la qualité pour l'amélioration des soins pour les patients présentant à l'hôpital une maladie thromboembolique veineuse. L'intervention aux facettes multiples n'a pas été meilleure pour fournir des soins de qualité.

Une étude a comparé l'audit et le feed-back seul avec l'audit et le feed-back plus une autoinformation (15), et d'autres avec un séminaire basé sur la pratique (16). Aucune différence n'a été observée entre les groupes en termes de proportion de patients avec une pression artérielle contrôlée après l'intervention (15), ou en termes de respect des directives limitant l'utilisation de la résonance magnétique nucléaire chez les patients présentant des symptômes liés à la colonne lombaire ou au genou (16).

Dans une étude d'excellente qualité, l'audit et le feed-back plus l'assistance avec le développement d'un système bureautique, destinés à augmenter les taux de dépistage du cancer du sein ont été comparés à un feed-back seul (17). L'intervention a augmenté la proportion de femmes auxquelles ont été recommandés un examen mammographique et un examen clinique du sein (ratio pondéré, 1,28) mais n'a guère eu d'impact sur le nombre de personnes qui les ont effectivement subis.

Dans une étude trilatérale, Moher et coll. (18) ont comparé un feed-back par courrier avec un feed-back plus un système de rappel par le médecin généraliste et un feed-back plus un système de rappel par une infirmière. Les deux systèmes de rappel par le généraliste et par l'infirmière ont amélioré la proportion de patients atteints d'une maladie coronarienne qui ont reçu une évaluation adéquate de leurs facteurs de risque et une thérapie médicamenteuse par comparaison avec un feed-back seul : l'augmentation lorsque les médecins généralistes ont entrepris la campagne de rappel a été de 37 % et, lorsque celle-ci a été assurée par des infirmières, elle a atteint un taux de 67 %. Les différences dans les procédures n'étaient cependant pas traduites dans les résultats cliniques tels que la pression artérielle ou les taux de cholestérol.

Une étude a ajouté un suivi téléphonique à l'audit et au feed-back pour améliorer la couverture de la vaccination contre le pneumocoque (19). Cette intervention a amélioré la proportion de médecins qui sont parvenus à une augmentation d'au moins 5 % de la couverture de la vaccination.

Audit et feed-back, comparés à d'autres interventions

Huit comparaisons de sept études ont été incluses. Le système d'audit et de feed-back a été comparé avec les rappels, l'éducation des patients, l'implication de leaders d'opinion locaux, les stimulants économiques, l'auto-information et l'éducation basée sur la pratique. Les conclusions étaient les suivantes :

- Les rappels et l'utilisation de leaders d'opinion locaux pourraient être plus efficaces que les audits et le feed-back.
- L'audit et le feed-back ont réduit davantage la prescription d'examen que les stimulants économiques (une étude).
- Les études comparant l'audit et le feed-back avec la formation des patients, l'auto-information et l'éducation basée sur la pratique n'ont observé aucune différence dans les effets.

Toutes les comparaisons des différentes façons dont les systèmes d'audit et de feed-back sont appliqués

Sept études ont fourni des comparaisons directes et randomisées de différentes méthodes de fourniture d'un audit et d'un feed-back. L'audit et le feed-back ont été entrepris en utilisant différentes formes, y compris la variation du contenu (avec ou sans comparaison avec des pairs ou benchmarks réalisables), de la source (feed-back ou visite académique aux médecins par des pairs contre des non médecins) et des destinataires (feed-back de groupe contre feed-back individuel). Sur la base des preuves de ces sept études qui permettent des

comparaisons directes sur différentes manières de fournir un audit et un feedback, aucune conclusion ferme ne peut être tirée en ce qui concerne la meilleure façon d'entreprendre un audit et un feedback.

Références

1. Baker R et al. Randomised controlled trial of reminders to enhance the impact of audit in general practice on management of patients who use benzodiazepines. *Quality in Health Care*, 1997, 6(1):14–18.
2. Buffington J, Bell KM, LaForce FM. A target-based model for increasing influenza immunizations in private practice. Genesee Hospital Medical Staff. *Journal of General Internal Medicine*, 1991, 6(3):204–209.
3. Eccles M et al. Effect of audit and feedback, and reminder messages on primary-care radiology referrals: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357(9266):1406–1409.
4. Tierney WM, Hui SL, McDonald CJ. Delayed feedback of physician performance versus immediate reminders to perform preventive care. Effects on physician compliance. *Medical Care*, 1986, 24(8):659–666.
5. Fairbrother G et al. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(2):171–175.
6. Hillman AL et al. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics*, 1999, 104(4 Pt 1):931–935.
7. Borgiel AE et al. Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1999, 161(8):965–970.
8. Siriwardena AN et al. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *British Journal of General Practice*, 2002, 52(482):735–740.
9. Ward A et al. Educational feedback in management of diabetes in general practice. *Education for General Practice*, 1996, 7:142–150.
10. Guadagnoli E et al. Improving discussion of surgical treatment options for patients with breast cancer: local medical opinion leaders versus audit and performance feedback. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2000, 61(2):171–175.
11. Sauaia A et al. Influencing care in acute myocardial infarction: a randomized trial comparing 2 types of intervention. *American Journal of Medical Quality*, 2000, 15(5):197–206.

12. Soumerai SB et al. Effect of local medical opinion leaders on quality of care for acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *JAMA*, 1998, 279(17):1358–1363.
13. Mainous AG III et al. An evaluation of statewide strategies to reduce antibiotic overuse. *Family Medicine*, 2000, 32(1):22–29.
14. Hayes R et al. Comparison of an enhanced versus a written feedback model on the management of Medicare inpatients with venous thrombosis. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 2001, 27(3):155–168.
15. Dickinson JC et al. Improving hypertension control: impact of computer feedback and physician education. *Medical Care*, 1981, 19(8):843–854.
16. Robling MR et al. General practitioners' use of magnetic resonance imaging: an open randomized trial comparing telephone and written requests and an open randomized controlled trial of different methods of local guideline dissemination. *Clinical Radiology*, 2002, 57(5):402–407.
17. Kinsinger LS et al. Using an office system intervention to increase breast cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13(8):507–514.
18. Moher M et al. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *BMJ*, 2001, 322(7298):1338.
19. Quinley JC, Shih A. Improving physician coverage of pneumococcal vaccine: a randomized trial of a telephone intervention. *Journal of Community Health*, 2004, 29(2):103–115.

Annexe 2. Qualité des recommandations GRADE

●●●●	Elevée	Il est très improbable que des recherches complémentaires changent notre confiance dans l'estimation de l'effet.
●●●○	Modérée	Il est probable que des recherches complémentaires auront un impact important sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et pourraient changer l'estimation.
●●○○	Faible	Il est très probable que des recherches complémentaires auront un impact important sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et sont susceptibles de changer l'estimation.
●○○○	Très faible	Nous sommes très hésitants à propos de l'estimation.

Le **Réseau des Bases factuelles en Santé** (HEN) du Bureau Régional pour l'Europe de l'OMS est une source fiable de données factuelles pour les décideurs dans les 53 Etats membres de la Région européenne de l'OMS.

Le réseau HEN donne des réponses ponctuelles aux questions de politique sanitaire en matière de santé publique, de soins de santé et de systèmes de santé par des rapports factuels ou des synthèses, résumés ou notes et offre un accès facile à des données factuelles et informations extraites d'un certain nombre de sites web, de bases de données et de documents sur son site web (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>).

L'**Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé** est un partenariat qui soutient et favorise une politique de santé factuelle par une analyse globale et rigoureuse des systèmes de santé dans la Région européenne. Il réunit un large éventail de décideurs, d'académiciens et de praticiens pour analyser les tendances dans la réforme de la santé, en puisant dans les expériences de toute l'Europe pour éclairer les questions politiques. Les produits de l'Observatoire sont disponibles sur son site web (<http://www.healthobservatory.eu>).