

LE CLASSEMENT DES HÔPITAUX : UNE NOUVELLE MANIÈRE DE RENDRE DES COMPTES

Demander des comptes à ceux qui détiennent le savoir, dans un domaine où la confiance est essentielle : voilà toute la difficulté de l'application de l'*accountability* au monde médical. Non pas que ce milieu s'y refuse, mais on est passé de l'opacité de l'autoévaluation à la surexposition des classements, ceux des médias étant les plus visibles. Qui plus est, les comptes doivent être rendus non seulement sur les dépenses, mais aussi sur la qualité des soins. Face à la multiplication des classements d'hôpitaux (en France, en Angleterre, aux États-Unis, au Canada), les auteurs déterminent quatre formes d'*accountability*, selon que les comptes doivent être rendus aux citoyens, aux payeurs, aux patients ou aux professionnels. Mais le mouvement ne cesse pas. Les avantages, les dérives et les contournements des classements incitent à se tourner vers une nouvelle forme d'*accountability* qui serait un compromis entre la maîtrise d'un contrôle interne et le maintien d'une exigence démocratique.

Par **Aurore SCHILTE** et **Étienne MINVIELLE** (*)

Le monde médical rend-il des comptes sur sa pratique ? On pourrait être tenté de répondre que non. Traditionnellement, les médecins sont assimilés à des professionnels qui rendent peu de comptes : eux seuls détenant le savoir, on doit leur faire confiance ; et lorsqu'ils le font, c'est uniquement à leurs pairs, seuls à même de juger leur pratique.

En réalité, ils y sont de plus en plus contraints. En matière financière, le monde médical doit régulièrement justifier d'un comportement économe devant des dépenses en constante augmentation. Le phénomène est connu, les controverses qui l'accompagnent, aussi. En parallèle, le monde médical doit désormais aussi

« rendre des comptes » sur la qualité des soins prodigués. Par qualité des soins, il faut comprendre les résultats cliniques aussi bien que les conditions de sécurité et les modalités organisationnelles de la prise en charge du malade. Délais d'attente, taux d'erreurs médicales, ou indice de satisfaction sont, ainsi, devenus de nouvelles mesures de jugement. Le classement des hôpitaux occupe, dans ce mouvement, une place centrale.

(*) Aurore Schilte est ancienne élève de l'Ensa. Elle a travaillé spécifiquement sur ce sujet dans le cadre d'un mémoire de stage M2R-Université Paris XI.

Étienne Minvielle est Médecin, Directeur de Recherches Cnrs (CERMES-unité mixte Cnrs-Inserm).

Dans la plupart des pays industrialisés, les classements portant sur la qualité des soins se sont en effet développés pour comparer les établissements de santé entre eux, et par voie de conséquence les professionnels qui y travaillent. Qu'il s'agisse d'étoiles, de couleurs (vert/orange/rouge) ou de lettres (A/B/C/D/E), le principe est le même: il s'agit de diffuser publiquement des informations sur la qualité dispensée au sein d'un hôpital. C'est le caractère public de la diffusion de l'information qui donne à ces classements toute leur nouveauté dans la manière de rendre des comptes. L'*accountability* (1) des professionnels s'adresse ainsi à un nombre d'interlocuteurs plus élevé. De même, les circuits d'information s'organisent sur une plus grande échelle. On peut dire que « rendre des comptes » signifie, dans ce cas précis, une transmission organisée d'informations entre les professionnels du secteur (médecins, infirmières, mais aussi, plus largement, gestionnaires des établissements) et les tiers extérieurs que sont les citoyens, les patients, les régulateurs / payeurs du système (État, assurance-maladie), sans oublier les autres professionnels.

Sur ce principe, les initiatives se sont multipliées. En France, par exemple, les « palmarès » journalistiques sont apparus à partir des années 95, puis les sites Internet ont suivi. Les pouvoirs publics leur ont, enfin, emboîté le pas depuis deux ans (2). Les buts poursuivis sont l'affirmation d'une plus grande transparence du système et l'amélioration de la qualité des établissements. Analyser cette nouvelle forme de reddition de comptes nécessite une exploration minutieuse. Car, au-delà des injonctions, il est difficile d'avoir une lecture précise de ce mouvement, tant les informations circulantes, les interlocuteurs concernés et les objectifs poursuivis sont nombreux. La première partie de cet article s'attachera, ainsi, à décrire les

différents types de classement développés. Sur cette base, la seconde partie s'efforcera de démontrer qu'il existe, à travers les classements, non pas une, mais plusieurs formes d'*accountability* des professionnels: envers les assureurs publics ou privés, et, d'une manière plus large, envers les malades et les citoyens, sans négliger l'impact au sein même des professionnels. À chaque forme d'*accountability*, nous verrons que s'associent un effet attendu et des résultats observables.

Il apparaît, enfin, important d'étudier cette question de l'*accountability* en dynamique. Ce que le classement traduit comme nouveauté, nous l'avons dit, c'est le caractère public de la diffusion de l'information. La troisième partie de cet article montrera en

quoi cela modifie la façon de rendre des comptes par rapport aux approches traditionnelles. De même, les premiers enseignements tirés des campagnes de classement laissent percevoir certains signes d'évolution. Nous montrerons ainsi comment les classements affirment des changements, mais aussi, paradoxalement, comment ces mêmes classements conduisent à une redécouverte du besoin d'autonomie qu'ont les

médecins dans leur pratique et les établissements de santé dans leur gestion



En France [...], les « palmarès » journalistiques sont apparus à partir des années 95, puis les sites Internet ont suivi. (Une Victoire couronne un athlète, vase grec, V^e siècle av. JC)

PANORAMA DES TYPES DE CLASSEMENT

La publication de classements est un phénomène qui touche l'ensemble des pays industrialisés. Pour en mesurer l'ampleur, il est nécessaire d'établir un panorama de ces initiatives, en les resituant dans leur contexte. Outre son intérêt descriptif, ce panorama aidera à

teurs de qualité des soins en France. Le projet Compaqh (Ministère de la Santé/Haute Autorité de Santé/Inserm) vise en effet à valider des indicateurs de qualité hospitalière et à étudier des modes d'utilisation rationnels (notamment au niveau du pilotage interne, de la diffusion des classements, et de formes de paiement à la qualité).

(1) Pour des raisons de commodité, nous utilisons indifféremment les termes d'« *accountability* » et de « reddition de comptes » dans cet article.

(2) Les auteurs sont eux-mêmes engagés dans un vaste programme de recherche opérationnelle sur le développement et l'utilisation d'indica-

identifier par la suite les formes d'*accountability* qui s'expriment à travers ces classements.

Les premières initiatives peuvent être situées à la fin des années 1980. Elles font suite au développement de nombreux indicateurs de performance jugeant de la qualité des hôpitaux. Les États-Unis y font figure de pionniers, les initiatives à visée commerciale s'associant à des approches portées par les pouvoirs publics. Nous allons voir que des pays aux systèmes de soins plus centralisés, comme la France et la Grande-Bretagne, se sont également lancés dans ces démarches, mais plus récemment. Du fait de la différence de contexte, il est nécessaire de distinguer ces deux pays du cas nord-américain.

Les classements nord-américains non-lucratifs

Bien qu'il existe différentes expériences antérieures, c'est sans nul doute le programme HEDIS qui a véritablement lancé le phénomène des classements aux États-Unis. En 1991, le *National Committee for Quality Assurance*, organisation non lucrative composée d'associations et d'entreprises privées, introduit ce programme, HEDIS au sein des hôpitaux. Plus exactement, ce programme développe des comparaisons portant sur la qualité des réseaux de soins (« *managed care* »). Chaque réseau de santé se voit ainsi décerner de une à quatre étoiles, selon ses résultats obtenus sur une série d'indicateurs. Ces indicateurs concernent l'accès à des soins de qualité (facilité d'accès et qualification du personnel soignant), gradués selon l'état de santé des patients. Les réseaux sont comparés à un *benchmark*, le score de référence établi par les 10 % d'hôpitaux les plus performants de leur État. Dans ce programme, c'est le sérieux méthodologique de la démarche de publication des informations qui a surtout frappé les esprits, si bien que ces classements sont apparus crédibles.

Depuis, de nombreuses expériences publiques, coordonnées par des structures fédérales (commission d'accréditation, Medicare/Medicaid) ou de chaque État, ont vu le jour. S'il est difficile d'en faire l'inventaire, leur richesse témoigne de la diffusion progressive des classements au sein du monde médical américain. Par proximité, d'autres pays anglo-saxons ont adopté des démarches similaires. Il est intéressant de relever l'expérience de la Province de l'Ontario, au Canada, car elle témoigne d'une approche entrepreneuriale, développée par des structures publiques. En 1997, l'association des hôpitaux de cette province décide en effet d'établir un tableau de bord stratégique, fondé sur des indicateurs de perfor-

mance eux-mêmes classés en quatre catégories: intégration du système et changement, organisation et résultats cliniques, satisfaction des clients, bilan et rendement financiers. En agissant de la sorte, ils s'inspirent du modèle du « *balanced score card* » (3). Les comparaisons s'établissent par zone géographique, selon des groupes de taille et d'accessibilité similaires. Cinq catégories sont établies selon la performance de l'établissement par rapport à la moyenne de la province où il est situé. Dans cette expérience, la volonté de relier étroitement ce que l'on peut appeler une *accountability* interne (à destination des professionnels) à une *accountability* externe (diffusion à des tiers) est affirmée. Autrement dit, le classement est présenté ici autant comme une source de transparence que comme un outil de gestion efficace.

Les classements nord-américains « commerciaux »

En parallèle à ces démarches portées par des structures publiques, l'univers nord-américain a aussi été marqué, durant les vingt dernières années, par l'apparition de nombreux classements guidés par des finalités commerciales. L'initiative la plus spectaculaire est sans doute celle d'*Healthgrade*, une compagnie privée qui, en collaboration avec le *Leapfrog group* (4), propose une comparaison entre près de 5 000 hôpitaux sur des critères de résultats (taux de mortalité, par exemple). C'est la source d'information sur la qualité des hôpitaux la plus consultée aux États-Unis, *via* son site Internet. Dans cette initiative, l'*accountability* apparaît guidée par la volonté de renseigner non seulement le grand public, mais aussi – et peut être principalement – les entreprises et leurs employés. L'action de reddition de comptes associée au classement se lit ainsi sous un nouveau jour: elle joue ici un rôle de révélateur de la qualité des réseaux de soins, dans un marché où les entreprises négocient avec les compagnies d'assurance l'achat de leurs soins.

Les Palmarès des médias

Les classements réalisés ces dix dernières années par les médias représentent une autre déclinaison, tant en raison des méthodes utilisées que de l'accent mis sur les « meilleurs » ou les « moins bons ». On parle ainsi, souvent, de « palmarès ». Ces palmarès présentent, en général, l'avantage d'avoir une très grande visibilité auprès du public. Bien que la méthodologie utilisée soit souvent critiquée par les professionnels et le ton polémique réproché (5), cette visibilité confère aux médias un rôle

(3) Le concept de *balanced scorecard* a été développé par Kaplan et Norton en 1996. Ce concept vise à ne plus uniquement considérer, dans les tableaux de bord d'entreprises, la dimension financière, mais aussi des dimensions de qualité des produits, de satisfaction des clients et de capacité de changement. L'objectif prôné par les auteurs est ainsi de jouer de cette multi-dimensionnalité afin d'affirmer une approche stratégique plus intégrée, chaque action dans l'une des trois nouvelles dimensions étant étudiée à l'aune de son impact sur la dimension financière. Si ce concept a fait grand bruit au sein des entreprises, notamment nord-américaines, sa portée et sa pertinence en matière stratégique ont souvent été

discutées. Voir KAPLAN & NORTON (1996), et pour une analyse critique, Lorino (2003).

(4) Le Leapfrog group est une coalition des plus grands employeurs des États-Unis. Elle encourage les employeurs à acheter des plans de santé qui respectent des standards de qualité minimale.

(5) Des journaux anglo-saxons n'hésitent pas à établir des classements individuels à l'échelon des chirurgiens, en fonction des taux de mortalité de leurs patients, au risque de stigmatiser sans nuance certains professionnels.

particulier: ils deviennent, en quelque sorte, les porteurs d'une *accountability* destinée au grand public. En effet, dans ces palmarès, la personne concernée prioritairement n'est plus le professionnel ou le payeur, mais le citoyen.

Sur ce principe, les médias ont souvent été les premiers à s'emparer de la question des classements. Ils se sont ainsi constitués les premières sources d'information sur la qualité, ce qu'ils restent encore aujourd'hui, dans certains cas. Citons notamment, au Royaume-Uni, le populaire site du *Dr Foster* («*Dr Amélioration*»), construit par deux journalistes du *Sunday Times*, qui concurrencent la démarche officielle du gouvernement britannique. Mentionnons également le cas français, où, en 1998, la revue *Science et Avenir* a publié le premier classement – action reprise, les années suivantes, par d'autres (*Le Figaro Magazine*, *L'Express* et *Le Point*, notamment). Comme nous allons le voir, les pouvoirs publics ont réagi, ce qui n'a pas dissuadé les médias de poursuivre leurs publications.

Les classements dans les pays à systèmes de santé centralisés

Si les États-Unis ont été pionniers dans le domaine, les classements publiés présentent la caractéristique d'être très dépendants des particularités de leur système de soins, qui est décentralisé et fondé sur des principes de concurrence, tant à l'échelon des systèmes d'assurance qu'à celui des établissements. Développer des classements dans d'autres systèmes plus centralisés et plus administrés représente, dans ces conditions, un tout autre exercice. Les cas britanniques et français, apparus plus récemment, l'illustrent parfaitement.



© Stéphane Audras/REA

En France, le premier classement ministériel est apparu en février 2006. Il concerne la prévention des maladies nosocomiales (infections contractées à l'hôpital, dont l'origine est estimée, dans environ un tiers des cas, à des dysfonctionnements lors de la prise en charge du patient).

En Angleterre, les «*League Tables*», sont le fruit d'une démarche menée en 2001 par le National Health Service (NHS) (à l'initiative, par conséquent, du gouvernement). Ce dispositif classe les hôpitaux non spécialisés relevant du NHS en quatre catégories (zéro, une, deux et trois étoiles). Les résultats s'appuient sur une batterie d'indicateurs, et sur un rapport évaluant la gouvernance des établissements hospitaliers, établi par une commission indépendante. Selon le nombre d'étoiles obtenu, les hôpitaux reçoivent une plus ou moins grande liberté de gestion («*earned bureaucracy*») et plus ou moins de crédits. Cette démarche a pour principal objectif de réduire les délais d'attente et d'améliorer la propreté (deux points sensibles, dans les hôpitaux britanniques). Il est donc surtout question ici d'inciter, au nom de l'*accountability*, à l'amélioration des comportements des professionnels hospitaliers.

Les méthodes employées dans cette démarche sont d'ailleurs illustratives de cet objectif d'amélioration.

Deux types de cotation sont employés, afin d'évaluer la position de l'hôpital par rapport aux objectifs de performance fixés nationalement (les «*key-targets*»). Dans le premier cas, si l'objectif n'est pas atteint, l'établissement reçoit le score le plus bas (par exemple, si un patient observe un délai de rendez-vous supérieur à 18 mois pour une intervention chirurgicale, l'établissement a immédiatement zéro). Par contre, dans le second cas, le score dépend de l'évaluation comparative de l'établissement par rapport aux autres. Ainsi, ce dispositif fixe aux professionnels des objectifs de performance qui, selon les cas, s'avèrent «*absolus*» ou «*relatifs*».

En France, le premier classement ministériel est apparu en février 2006. Il concerne la prévention des maladies nosocomiales (infections contractées à l'hôpital, dont l'origine est estimée, dans environ un tiers des cas, à des dysfonctionnements lors de la prise en charge du patient). Le choix de ce thème est très spécifique à la France; il s'explique notamment par le volontarisme d'une association de victimes de ces maladies, qui a fortement médiatisé le sujet. Tous les établissements de santé sont concernés: 2 400 établissements sont ainsi divisés en 14 catégories, pour permettre une comparaison entre entités similaires en termes de taille et d'activité. Validé méthodologiquement, l'indicateur nommé ICALIN (Indice Composite d'Actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales) est un score sur 100 points, qui mesure l'organisation, les actions et les moyens utilisés pour prévenir les maladies nosocomiales. Selon son score, l'établissement est classé A, B, C, D ou E (6). L'approche par l'ICALIN s'inscrit dans une démarche plus globale, qui propose, progressivement un classement élargi à d'autres indicateurs relatifs, là encore, aux infections nosocomiales (notamment la consommation des produits hydro-alcooliques et la surveillance des infections du site opératoire). Les objectifs déclarés sont assez similaires à ceux de l'expérience britannique: plus de transparence et une volonté d'améliorer la situation dans un domaine particulièrement sensible. Mais, contrairement au cas britannique, il n'existe aucune incitation/sanction qui serait associée au résultat. Seuls, les «mauvais», classés E, font l'objet d'un suivi rapproché de la part des Agences régionales de l'hospitalisation. Mais, comme dans l'expérience britannique, un objectif national est fixé, pour qu'il n'y ait plus de «mauvais» à court terme.

QUATRE FORMES D'ACCOUNTABILITY ASSOCIÉES AUX CLASSEMENTS

À la lecture de ces initiatives, on perçoit que la notion de classement exprime une pluralité d'approches. Ces approches varient du fait des interlocuteurs visés, des objectifs poursuivis ou de l'outil lui-même. Elles ont néanmoins en commun d'être confrontées aux mêmes questions méthodologiques. Ces questions peuvent paraître fastidieuses. Elles sont pourtant déterminantes pour juger de la crédibilité des classements publiés. L'encadré, ci-contre, présente un résumé de ces questions méthodologiques.

Si les professionnels représentent les acteurs concernés par le fait de devoir rendre des comptes, les destinataires des redditions de comptes varient, et avec eux, les objectifs poursuivis. Dans une perspective normative,

(6) Les bornes des classes sont fixées à partir des données de 2003. La classe A concerne les 10 % des hôpitaux avec les meilleures performances, B les 20 % suivants, C les 40 % suivants, D les 20 % suivants et E les 10 derniers pourcents.

QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES RELATIVES AUX CLASSEMENTS

De nombreuses controverses ont accompagné la publication des classements, ces dix dernières années: – Elles portent, tout d'abord, sur une série de *questionnements statistiques*: la qualité métrologique de l'indicateur, la méthode d'agrégation retenue lorsque plusieurs indicateurs sont pris en compte, la méthode de classement elle-même.

Un célèbre article publié dans *The Lancet* (AYLIN, ALVES, BEST & *al.*, 2001) a ainsi montré l'injustice qui frappait l'hôpital de Bristol dans le système des «League Tables» britanniques. Faute d'ajustement des taux de mortalité aux caractéristiques des patients de cet établissement, celui-ci se retrouvait très mal classé. Il serait caricatural, en la matière, d'une part de critiquer les méthodes employées par les médias et, d'autre part, d'affirmer la robustesse des démarches engagées par les structures publiques. Le tableau est plus nuancé. Sans doute la critique la plus légitime envers les méthodes employées dans les palmarès porte-t-elle sur leur volonté de classer les établissements retenus, du premier au dernier. Si l'on comprend que cette forme de présentation est facile à lire et peut avoir un côté plus spectaculaire que des rangements par groupe d'établissements, il existe une faible garantie de pouvoir observer une différence statistiquement significative entre le 1^{er} et le 25^e de ces palmarès (surtout lorsque les résultats sont proches et les tailles d'échantillon faibles). Cependant, certaines critiques n'épargnent aucune initiative. L'expérience de l'État de New York sur la mortalité en chirurgie cardiaque a, par exemple, montré que malgré toutes les précautions statistiques d'ajustement tenant compte des caractéristiques des patients (âge, état de gravité de leur pathologie, etc.), un taux de mortalité bas ne reflétait pas forcément un bon niveau de qualité des soins et, donc, que cela gauchissait la comparaison (THOMAS & HOFERT, 1999). La complexité statistique à laquelle toute initiative du genre est confrontée est importante. La meilleure garantie reste souvent la dispersion de la distribution des résultats (comme, par exemple, dans le cas de l'ICALIN, où les scores des établissements étaient étalés, allant de 30 à 100 points, lors du premier classement 2006);

– Ces controverses concernent aussi la *fiabilité* de l'information produite. En d'autres termes: quels sont les moyens de s'assurer que les données recueillies sont exactes, à l'abri de toute tricherie? Ce sujet n'a donné lieu qu'à peu de recherches (peut être parce qu'il renvoie à des aspects techniques assez fastidieux, ou parce que la majorité des démarches jouent sur des formes de volontariat limitant la volonté de développer des contrôles). Mais l'expérience du classement ICALIN montre combien le sujet est central, car la diffusion publique d'un classement se doit d'être fiable, sous peine de générer une forte contestation. En l'occur-

rence, ce classement est fondé sur des données déclarées par l'établissement, qui remontent ensuite dans une base de données nationale. Afin de fiabiliser ce recueil, toute une série d'éléments de preuve, à fournir si nécessaire par chaque établissement, a été définie. Le contrôle de qualité est ensuite assuré au moyen de visites sur site. Ce contrôle est effectué d'une manière « légère » et ciblée, afin d'éviter une bureaucratie excessive. On perçoit ainsi, facilement, la difficulté de l'entreprise : d'une part, la nécessité d'être suffisamment dissuasif et, d'autre part, le souci de ne pas déclencher d'inutiles demandes supplémentaires, dans un univers croulant déjà sous la « paperasserie » ; – Le dernier point-clé concerne la *faisabilité*, c'est-à-dire la capacité pour un établissement de collecter les données nécessaires à la mesure. Ces recueils sur lesquels se fondent les classements sont coûteux, en termes d'infrastructures informationnelles. Et, dans un contexte où, jusqu'à récemment, ces infrastructures ont été principalement pensées dans un souci d'analyse financière, le développement de systèmes de données dédiés à des mesures de la qualité des soins apparaît comme une condition préalable (EPSTEIN & KURTZIG, 1994). Dans certaines initiatives, la collecte de données et le classement qui s'ensuit se fondent néanmoins exclusivement sur les données existantes, au risque d'entraîner des évaluations grossières de la performance en matière de qualité. Ainsi, au nom de la qualité, ce sont des données d'activité qui sont traitées (comme la présence de tel ou tel équipement ou la durée moyenne de séjour). Les hypothèses sont alors fragiles. Par exemple : plus la durée de séjour est basse, meilleure est la qualité (en l'occurrence, quelle garantie peut-on avoir que la sortie n'est pas trop précoce?). Notons que d'une manière plus ingénieuse, certaines initiatives cherchent à exploiter les systèmes d'information financiers existants, en vue de générer des indicateurs sur la qualité (7).

quatre formes d'*accountability* peuvent se distinguer (cf. Tableau 1). À chacune s'associe un effet attendu. Un recul de quelques années d'exercice permet aussi de mettre en évidence des effets observables.

La reddition des comptes envers le citoyen : affirmer un droit démocratique...

En premier lieu, la reddition de comptes des professionnels s'adresse aux citoyens. La diffusion publique de l'information relative à la qualité des soins peut être, en effet, considérée comme un droit fondamental des citoyens, car la santé concerne leur intégrité physique et mentale. Cette première forme d'*accountability* a donc

(7) L'Agence de Recherche sur la Qualité, aux États-Unis, propose, par exemple, une série d'indicateurs de sécurité des soins fondés sur les données d'analyse financière (les groupes homogènes de malades).

comme objectif de participer aux fondements d'une démocratie en renforçant la confiance du public dans l'action des pouvoirs publics, grâce à une plus grande transparence.

Cette justification démocratique est, dans le cas présent, d'autant plus pertinente que le système de soins est financé principalement par de l'argent public. Les ressources étant rares, la diffusion publique permet de rassurer les patients sur leur bonne affectation, source de confiance dans les institutions publiques. Si l'on se fie au nombre de classements, à la manière dont le pouvoir politique s'est emparé du sujet et à l'implication des médias, cet objectif d'amélioration de la démocratie sanitaire répond à une véritable attente. En même temps, il peut s'apparenter à un vœu pieu. Tout d'abord, l'*accountability* n'existe réellement que si l'information est comprise. Or, dans un environnement technologique de plus en plus complexe, la disparité d'accès à l'information ne garantit pas une égalité entre citoyens en matière de réception de l'information. Différentes recherches (HIBBARD, SLOVIC & JEWETT, 1997; SLOVIC, 1982) ont ainsi souligné l'aspect didactique des indicateurs et des classements, prônant une réduction du nombre d'indicateurs et une présentation simplifiée, dans un souci d'égalité de compréhension des résultats. Cette recherche d'égalité questionne aussi l'identité du diffuseur des classements. Le gouvernement n'est pas forcément un intermédiaire naturel entre les citoyens et les systèmes de soins. ISAAC (1996) montre ainsi que 60 % des patients et de leur entourage font pleinement confiance à leur médecin, et que seulement 8 % font confiance au gouvernement. Cette méfiance envers le gouvernement peut s'expliquer par la frontière existant entre le fait de « donner le choix » au consommateur et celui d'« orienter le choix » du consommateur. Ainsi, si le public conçoit la révélation de l'information comme l'exercice d'un contrôle sur le gouvernement et sur son action (8), toute information fournie par ce même gouvernement sera considérée comme discutable (SAGE, 1999). Le gouvernement, comme agent révélant l'information, doit paraître impartial pour avoir la confiance du public (PETERS, COVELLO & MCCALLUM, 1997) – ce qui ne plaide pas en faveur de classements de source ministérielle.

... envers le régulateur/payeur : réduire les asymétries d'informations...

Cette seconde forme d'*accountability* s'adresse aux régulateurs/payeurs. Elle cherche à pallier des situations où l'information est considérée mal distribuée ou insuffisante pour le régulateur. Tant l'État que les assureurs publics ou privés n'ont, en effet, qu'une connaissance partielle de la qualité des soins, ce qui les place dans une

(8) En France, par exemple, le service public hospitalier représente les trois-quarts des lits et places.

Rendre compte	au citoyen (1 ^{re} forme)	au payeur (2 ^e forme)	au patient (3 ^e forme)	au professionnel (4 ^e forme)
Objectifs	Renforcer la démocratie, la transparence	Réduire les risques liés à l'asymétrie d'information	Éclairer le consommateur dans le choix de l'établissement	Améliorer sa pratique
Résultats observés	Cela confirme l'intérêt du public pour les classements	Une base contractuelle est ainsi formée	L'information est peu utilisée comme prioritaire dans le choix de l'établissement	Cela modifie le comportement, surtout dans le cas d'un « mal » classé
Effets inattendus	Inégalité informationnelle, incompréhension	Optimisation sur certains thèmes	Préférence pour le « bouche-à-oreille », les expériences antérieures	Risque de transfert de certains patients, culture du blâme
Types de classement	Palmarès de médias, Classements ministériels	Classements des assureurs publics ou privés (aux États-Unis)	Palmarès de médias, Classements ministériels	Classements ministériels

Tableau 1 - Quatre formes d'*accountability* associées aux classements

situation de payeurs mal informés. Ils peuvent, en conséquence, être victimes de comportements stratégiques d'anti-sélection (des patients peu graves, donc *a priori* peu coûteux, sont sélectionnés d'une manière médicalement injustifiée), ou d'aléa moral (le régulateur paie trop cher l'acte de soins). Dans ces conditions, apporter de l'information au régulateur constitue un autre objectif de l'*accountability*.

Les résultats observés révèlent aussi un risque associé à cet objectif. Le choix des mesures de qualité utilisées pour les classements oriente, en effet, les efforts des professionnels. Ces choix peuvent notamment les désintéresser d'autres politiques de qualité non soumises à ces classements. Autrement dit, le classement en fonction d'un (ou de quelques) indicateur(s) introduit des comportements stratégiques laissant sous silence certains sujets. Ce qui a été le cas, par exemple, lorsque l'optimisation des files d'attente pour des interventions chirurgicales dans les hôpitaux britanniques a conduit les chirurgiens à traiter les patients dans un ordre différent des priorités cliniques, afin de respecter les critères du classement en termes de délai (9).

... envers le patient: « éclairer » le consommateur...

Diffuser les résultats des classements, c'est aussi un moyen théorique de rendre le patient plus « éclairé » (PORTER & TEISBERG, 2004). Par la comparaison, ce dernier devient capable de saisir l'offre la plus adaptée à

(9) National audit office. 2001. *Inpatient and outpatient waiting in the NHS*. Report by the Controller and Auditor General, HC 221, Londres.

ses besoins, en choisissant l'établissement de son hospitalisation, par l'intermédiaire de son contrat d'assurance, ou directement, au moment des soins. C'est là une troisième forme identifiable d'*accountability*. Elle est tournée, quant à elle, non pas vers le citoyen, mais vers le patient, vu comme un consommateur de soins.

Évidemment, cet objectif est très lié à la reconnaissance d'un marché concurrentiel tel qu'il s'exerce aux États-Unis (LONGO & *al.*, 1997). On peut s'interroger sur la pertinence d'un tel objectif dans un contexte de régulation plus administrée comme celui qui existe en France. Surtout, cet effet de l'*accountability* ne semble pas confirmé par les études empiriques, même aux États-Unis. Ces études montrent en effet que, si les patients en situation d'être hospitalisés désirent plus d'informations (ISAAC, 1996), ils ne l'utilisent pas forcément dans leurs choix. Par exemple, dans l'étude de SCHNEIDER et EPSTEIN (1998), seulement 20 % des patients connaissaient l'existence d'un guide sur le taux de mortalité des hôpitaux et 11 % de ces patients seulement disaient avoir été influencés par ce guide. Le « bouche à oreille », les expériences précédentes et l'avis du médecin traitant apparaissent comme des sources d'information prioritaires (HIBBARD & *al.*, 1997).

... enfin, envers les professionnels eux-mêmes : comparer pour s'améliorer

La quatrième forme d'*accountability* concerne les professionnels eux-mêmes. Par la comparaison avec d'autres, ils peuvent connaître la meilleure pratique et les standards de qualité les plus répandus. Le regard

d'autrui agit comme une puissante incitation. L'hypothèse sous-jacente considère que les professionnels ont un désir intrinsèque d'améliorer leurs pratiques et de se concentrer sur la qualité. Or, en l'absence de toute incitation, des facteurs de court terme (le temps, les coûts...) prennent le pas sur la qualité. Dans ce cadre, une *accountability* élargie permet à ces mêmes professionnels de reconsidérer leurs priorités et de répondre à leurs propres attentes.

En la matière, les résultats semblent confirmer l'effet attendu, mais au risque d'en induire d'autres. Il apparaît, tout d'abord, que les hôpitaux trop sévèrement sanctionnés jugent ces classements de manière négative (MARSHALL, SHEKELLE, LEATHERMAN & BROOK, 2000), ne voyant plus en eux une quelconque incitation à s'améliorer. Les professionnels sont, eux aussi, sensibles aux conséquences légales de la diffusion publique de résultats en matière de qualité (KESSELHEIM, FERRIS & STUDDERT, 2006). En l'absence d'une culture de diffusion de l'information (COLLOPY, 1999), le classement instaure une crainte du blâme. Des phénomènes de restructuration de l'offre semblent aussi accompagner la diffusion publique de l'information, mais sans que l'on en comprenne exactement la portée.

Par exemple, à la suite de la diffusion publique d'informations relatives au taux de mortalité associé à l'opération du pontage coronarien dans l'État de New York, les chirurgiens pratiquant peu ce type d'opération se sont retirés de cette activité (HANNAN & *al.*, 1995). Une plus grande spécialisation des hôpitaux et des médecins s'est aussi observée. Ces évolutions ont permis une amélioration du taux de mortalité, ajusté au risque. Cependant cette baisse de la mortalité semble aussi pouvoir se justifier par l'émigration des patients à haut risque vers d'autres États, par le refus d'opérer les personnes à risque, par des données peu fiables, et par des ajustements au risque non pertinents (WERNER & ASCH, 2005).

Pour chaque classement, différents objectifs

À la lumière de ce cadrage, les initiatives présentées précédemment se lisent comme des combinatoires entre les quatre formes d'*accountability* (cf. Tableau 1). Dans chaque initiative, la priorité est donnée à l'une d'entre elles. Évidemment, l'objectif de transparence (première forme) est présent dans toutes les initiatives, rappelant que le classement est avant tout un dispositif conçu à l'adresse du citoyen. Tous les protagonistes le soulignent, et serions-nous tentés d'ajouter, en jouent. Les médias sont devenus les garants de cette transparence, faute, souvent, d'esprit d'initiative de la part des pouvoirs publics. Mais des objectifs commerciaux sont aussi associés aux palmarès des médias (les numéros qui leur sont consacrés réalisent souvent les meilleures ventes annuelles de ces journaux). Les médias justifient également leur démarche en mettant l'accent sur le rôle

de consommateur éclairé que le patient est censé tenir (troisième forme). Dans les initiatives privées américaines, on comprend qu'au-delà de la transparence, l'information vise aussi à renseigner les entreprises sur un éventuel avantage concurrentiel que pourrait posséder tel ou tel fournisseur de soins (deuxième forme). Enfin, dans les démarches des ministères ou des structures fédérales (américaines, principalement), l'objectif de transparence est souvent associé à une volonté d'améliorer les pratiques professionnelles. On est, là, dans le registre de la quatrième forme d'*accountability*. À un classement donné, s'associent donc différents objectifs. Ce constat ne va pas sans poser de questions, notamment sur la compatibilité d'une information simple et agrégée nécessaire pour la diffusion vers le citoyen (première forme) avec une information détaillée nécessaire au professionnel pour s'améliorer (quatrième forme).

APRÈS L'AUTOÉVALUATION DES CLASSEMENTS, L'INTERNAL REPORTING?

Nous venons de voir comment l'expression d'un classement affirme différentes formes d'*accountability*. Mais rien n'a été dit jusqu'ici sur l'émergence de ces formes. Pourquoi sont-elles apparues? En quoi diffèrent-elles de ce qui existait jusqu'ici? Sont-elles pérennes? Toutes ces questions traduisent le besoin de traiter l'*accountability* d'une manière diachronique. Nous l'avons évoqué en introduction: l'établissement de classements est intervenu dans un secteur historiquement peu propice à ce type de démarche. Jusque-là, la manière de rendre des comptes était plus informelle.

Un dispositif traditionnel: l'autoévaluation

Le monde médical renvoie à des activités fondées sur la singularité de chaque patient à traiter, ce qui mobilise une connaissance et une expertise spécifiques. Rendre des comptes n'est donc pas, dans ce contexte, un exercice aisé. Cet état de fait s'est traduit, pendant de nombreuses années, par des échanges d'information entre pairs, organisés sous forme d'autoévaluation. Le cas français est exemplaire de cette situation. Depuis 1996, les établissements hospitaliers français sont soumis à une procédure d'accréditation (10) consistant en une autoévaluation collective, dont les points forts et les points faibles identifiés sont validés, dans un deuxième temps, par des experts extérieurs aux établissements. Aucune sanction n'est associée à ce résultat, afin de préserver toute la vertu pédagogique de l'exercice. Chaque professionnel hospitalier est, pour sa part, engagé dans une démarche d'évaluation de sa pratique

(10) Aux États-Unis, les dispositifs d'accréditation existent depuis les années 50.

clinique, le jugement étant formulé par des pairs de la même spécialité.

Un mot est commun à toutes ces démarches : référentiel. Référentiel dans le cadre de l'accréditation, ou référentiel de pratique (et l'on parle alors plus volontiers de recommandations de bonnes pratiques cliniques). C'est une seule et même démarche qui est sous-jacente à ces nuances sémantiques : elle consiste à définir une référence, et à laisser le milieu professionnel maître du processus d'évaluation. Ainsi, on mise sur la capacité des professionnels à se réguler eux-mêmes. Au fond, ce sont bien eux qui sont les plus aptes à juger de la qualité de leur expertise. Avec l'autoévaluation, le professionnel s'évalue donc lui-même, ou, dans une vision plus large, échange avec ses pairs.

Il est difficile d'affirmer, à la lecture de ces caractéristiques, qu'il s'agisse d'une véritable forme d'*accountability*. S'il existe bien une transmission d'information entre des pairs, elle s'exerce sans véritable orientation vers une hiérarchie institutionnelle. Cette information relève plus de l'ordre du constat, du « ça va » ou « ça ne va pas », que d'une démarche analytique. Il n'y a pas non plus d'exigence démocratique dans cette reddition de comptes fondée sur le respect d'une légitimité découlant de la compétence. Enfin, cette forme de reddition combine des approches informelles (entre les médecins, notamment) et plus formalisées (dans les mécanismes d'accréditation des établissements de santé). On peut, ici, tout au plus, parler d'une version « soft » de l'*accountability*.

Par rapport à cette approche traditionnelle, les classements représentent une rupture. L'*accountability* perd son caractère informel, et se structure autour d'indicateurs de qualité construits, permettant une vulgarisation de l'expertise médicale. L'*accountability* s'affranchit ainsi du domaine réservé des professionnels. Pourquoi une telle évolution s'est-elle opérée ? Des crises sanitaires, une perte de légitimité des métiers du soin, une meilleure connaissance et aussi une plus grande sensibilité du citoyen aux questions de santé constituent les explications les plus plausibles.

Il en résulte que les classements se sont diffusés dans le monde médical. Pour autant, les approches autoévaluatives précédentes persistent. Il y a toujours, en France, une procédure d'accréditation et des dispositifs d'évaluation des pratiques professionnelles organisés entre pairs. On aurait pu penser que les classements se seraient substitués à ces démarches traditionnelles, au nom d'une avancée en matière de transparence. Or, il n'en est rien. L'apparition des classements semble surtout représenter un enrichissement dans la manière de rendre des comptes. Que peut-on envisager, dès lors, pour l'avenir ? Si l'on jette un regard prospectif, l'enrichissement des formes d'*accountability* dans ce secteur ne semble pas prêt de prendre fin.

Une nouvelle génération de formes d'*accountability* préservant l'anonymat est-elle envisageable ?

La diffusion publique de l'information proposée par les classements répond à un besoin de transparence. Ce besoin se traduit par une exigence de rendre des comptes à des tiers extérieurs au domaine, à commencer par les citoyens. Elle semble aussi plus efficace que l'autoévaluation, en tant qu'incitation des professionnels à améliorer leur qualité, car, en dévoilant l'information, elle les oblige à changer leurs comportements. Ces éléments plaident en faveur d'une *accountability* publique.

Plusieurs signes laissent pourtant penser que d'autres formes d'*accountability* pourraient s'affirmer dans un avenir proche.

Tout d'abord, comme nous l'avons vu, tant au niveau du grand public que du patient, la volonté d'être informé ne se traduit pas forcément par une utilisation de l'information. Cela laisse entendre que si le citoyen/patient a besoin d'être rassuré sur l'existence d'un dispositif obligeant les professionnels à rendre des comptes, le moyen employé importe peu. Dans ces conditions, l'apport d'une *accountability* publique est discutable. Des dispositifs par lesquels le grand public est assuré que les professionnels rendront des comptes sans dévoiler pour autant toute l'information dont ils disposent peuvent s'avérer plus pertinents, surtout si le coût de la révélation de l'information complète est élevé, et si sa diffusion publique entraîne des effets indésirables et nécessitant d'être contrôlés (sélection de patients, conséquences juridiques, optimisation sur certaines pathologies en laissant d'autres dans l'ombre, etc.).

La manière de rendre des comptes, dans le cas de la sécurité de soins (infections nosocomiales, erreurs médicales, risques iatrogènes, mortalité) révèle aussi une autre interrogation sur l'efficacité de l'*accountability* publique. Ce thème de la sécurité a pris une place prépondérante, ces dernières années, dans le champ général de la qualité des soins. On conçoit aisément qu'une des attentes d'un patient entrant à l'hôpital soit d'avoir une sécurité maximale à toutes les étapes de sa prise en charge. Or, dans ce cas de l'évaluation de la sécurité des soins, un autre élément interfère avec l'*accountability* : toute forme d'insécurité révélée peut avoir des conséquences importantes sur le plan juridique, tant pour l'établissement que pour le médecin. L'*accountability* publique, dans ces conditions, peut conduire à des pratiques de dissimulation ruinant tout effort réel de transparence et, de manière plus redoutable, empêcher toute réflexion sur l'amélioration de la sécurité des patients.

Il est intéressant de noter que ces interrogations existent également dans d'autres secteurs, notamment lors de la diffusion publique des comptes des entreprises et dans le cadre de la sécurité des compagnies aériennes. En réponse, ces deux secteurs ont suivi des démarches opposées. Les entreprises à capitaux publics doivent communiquer leurs comptes annuellement et publi-



© Ian Hanning/REA

AURORE SCHILTE ET ÉTIENNE MINVIELLE

Chaque professionnel hospitalier est, pour sa part, engagé dans une démarche d'évaluation de sa pratique clinique, le jugement étant formulé par des pairs de la même spécialité.

quement, une haute autorité aux pouvoirs renforcés contrôlant les données frauduleuses. Inversement, les entreprises aériennes sont contrôlées par une autorité indépendante (la Direction générale de l'aviation civile, en France), mais aucune information publique n'est communiquée. Dans le cas de la sécurité du patient, on perçoit que l'échange d'information est indispensable dans la relation individuelle établie entre le patient et le médecin. La reconnaissance de la défaillance, et l'in-

demnisation de la victime, sont susceptibles d'apaiser des conflits éventuels. La reconnaissance de la faute peut aussi atténuer la rancune face à l'injustice perçue et éviter ainsi des recours judiciaires, comme le préconise la notion de « *restorative justice* ».

Mais qu'en est-il, à l'échelon collectif? La diffusion publique représente, pour certains auteurs, un moyen d'améliorer la sécurité, et non une menace (TODRES, 2006). Au regard des expériences américaines et

anglaises les plus avancées, il semble pourtant que les dispositifs de diffusion de l'information publique à grande échelle soient de moins en moins préconisés. Adoptant une approche similaire à celle du contrôle aérien, il leur est préféré des systèmes dits d'« *internal reporting* »: on rend des comptes à une structure indépendante, sur tous les événements survenus qui sont jugés indésirables (erreurs ou situations à risque). Le *Patient Safety and Improvement Act*, adopté aux États-Unis en 2005 (11), considère qu'ainsi les médecins sont amenés à reconnaître plus facilement leurs erreurs, donc à trouver des points d'amélioration (12). La structure indépendante nommée « *Patient Safety Organization* » gère, au cas par cas, la relation avec le professionnel. Grâce à l'agrégation des données et à une meilleure exhaustivité, cette institution est à même de déterminer les solutions les plus adaptés aux problèmes de sécurité du patient. Elle gère également le type d'information rendue publique sous forme d'un compte rendu annuel et global respectant l'anonymat des professionnels. Cette organisation constitue ainsi un intermédiaire entre les patients et les médecins: elle garantit aux patients (et, d'une manière plus générale, aux citoyens) qu'un système de reddition de comptes existe; elle cherche à contourner la crainte des professionnels à l'égard des poursuites judiciaires en préservant leur anonymat, les amenant ainsi plus facilement à une réflexion approfondie sur la sécurité des soins délivrés. Avec le système de l'« *internal reporting* », nous assistons à l'émergence d'une autre forme d'*accountability*.

D'une manière générale, il est trop tôt pour affirmer, sur la base de ces constats, que l'*accountability* hospitalière est définitivement engagée dans une nouvelle ère et que les formes de diffusion publique seront abandonnées dans le futur. Mais on perçoit, à travers ces évolutions récentes, les signes d'un dynamisme que les classements n'ont pas éprouvé. Au contraire, l'apparition de ces classements a accru ce mouvement: le dispositif d'*accountability* publique conduit, au fil des constats, à réaffirmer en parallèle le besoin de modes de transmission d'information plus confidentiels. Par contre, ces nouveaux dispositifs, comme l'illustre le cas de la sécurité, s'expriment dans un cadre plus réglementé que celui des modes d'autoévaluation traditionnels.

CONCLUSION: LA DYNAMIQUE DES DISPOSITIFS D'ACCOUNTABILITY

Notre article s'est centré sur les classements, car leur développement représente une étape clé dans l'évolution de l'*accountability* dans le monde médical. Cette

nouvelle forme de reddition de comptes est le témoin d'un rapport de force entre plusieurs catégories d'acteurs. Dans un secteur à dominante professionnelle, le classement apparaît comme une réaction à un système critiqué en raison de son opacité. Cela peut se traduire par un déplacement du rapport de force en faveur du « grand public » et au détriment des professionnels. La notion de « grand public » ou de « demande sociale » est, là comme ailleurs, ambiguë. Il n'y a pas véritablement de mouvement citoyen d'ensemble qui s'exprimerait en faveur des classements. Il existe, par contre, des porte-parole des citoyens: les associations d'utilisateurs, les médias et enfin, les élus politiques qui se sont emparés du thème.

Après la force initiale qui a accompagné le développement des classements, on perçoit une banalisation de la démarche. Peuvent être portées à son crédit: l'affirmation d'une plus grande transparence du système, une meilleure connaissance des pratiques par le grand public et la modification des comportements des professionnels hospitaliers, même si des déviations semblent inévitables. La figure du « consommateur éclairé », qui choisirait son hôpital en fonction de ces classements, apparaît moins convaincante. Ce constat, associé aux précédents, est d'ailleurs ce qu'il y a de plus rassurant dans les classements: on modifie le comportement des producteurs, sans forcément introduire de crainte au niveau de la population. À ce titre, sans doute faut-il croire au classement comme dispositif d'*accountability*.

En même temps, une lecture dynamique de ce mouvement montre que le classement n'épuise pas le sujet. Partant de l'autoévaluation par les professionnels, pour ensuite s'incarner dans les classements, le dispositif d'*accountability* semble se tourner, dans le cas de la sécurité des soins, vers une nouvelle forme d'exercice: un *reporting* au cas par cas des événements survenus, adressé à des organisations d'expertise indépendantes. Les objectifs de l'*accountability* évoluent parallèlement à ces trois dispositifs: le modèle historique de l'autoévaluation qui doit assurer un contrôle interne et *a minima* des professionnels; les classements publics qui, en retirant une part de la confiance attribuée aux professionnels et en établissant des indicateurs précis de performance qualitative, étendent la possibilité de contrôle à tous les acteurs du système de santé (citoyens, consommateurs, professionnels, régulateurs/payeurs); enfin le système du *reporting* à une organisation indépendante et non punitive, qui se situe dans un compromis entre le contrôle interne (permettant une réflexion positive sur les améliorations possibles) et le maintien d'une exigence démocratique.

À l'aune de cette analyse, il apparaît que l'*accountability* du monde médical est multiple et évolutive: de nouvelles formes se créent, non pas pour remplacer les pré-

(11) La *National Patient Safety Agency* a été créée en juillet 2001, en Grande-Bretagne, pour coordonner la récolte de l'information sur les erreurs médicales et déterminer des solutions. <http://www.npsa.nhs.uk>

(12) Cette forme d'*accountability* est notamment reconnue pour sa capacité à développer des apprentissages individuels (MORRIS & MOORE, 2000).

cédentes, mais pour les compléter et les améliorer dans ce qui devient, au final, un système très sophistiqué. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres de l'équipe du projet Compaqh sans qui l'ensemble de cette analyse aurait été impossible, et cela même si les propos n'engagent que les auteurs. Nous tenons également à remercier Hervé Dumez ainsi que les deux rapporteurs pour leurs conseils lors des versions successives de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

- AYLIN (P.), ALVES (B.) & BEST (N.) & *al.*, «Comparison of UK paediatric cardiac surgical performance by analysis of routinely collected data 1984-96: was Bristol an outlier?», *The Lancet* 358: 181-187, 2001.
- COLLOPY (B.), «Public disclosure of health care performance reports: what do we lose in giving information?», *International Journal for Quality in Health Care* 11 (2): 93-98, 1999.
- EPSTEIN (M.) & KURTZIG (B.), «Statewide health information: a tool for improving hospital accountability», *The Joint Commission Journal of Quality Improvement* 20 (7): 370-375, 1994.
- HANNAN (E.), SIU (A.), KUMAR (D.), KILBURN (H.) Jr & CHASSIN (M.), The decline in coronary artery bypass graft surgery mortality in New York State. The role of surgeon volume, *JAMA* 273 (3): 209-213, 1995.
- HIBBARD D (J.) & JEWETT (J.), «Will quality report cards help consumers», *Health Affairs* 16 (3): 218-228, 1997.
- HIBBARD (J.), SLOVIC (P.) & JEWETT (J.), «Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research», *The Milbank Quarterly* 75 (3): 395-414, 1997.
- ISAACS (S.), «Consumers' information needs results of a national survey», *Health Affairs* 15 (4): 31-41, 1996.
- KAPLAN (R.) & NORTON (D.), *The balanced scorecard: translating strategy into action*, Harvard Business School Press, Boston, 1996.
- KESSELHEIM (A.), FERRIS (T.) & STUDDERT (D.), «Will physician-level measures of clinical performance be used in medical malpractice litigation?», *JAMA* 296 (15): 1831-1834, 2006.
- LONGO (D.), LANG (G.), SCHRAMM (W.), FRAAS (J.), HOSKINS (B.) & HOWELL (V.), «Consumer reports in health care: Do they make a difference in patient care?», *JAMA* 278 (19): 1579-1584, 1997.
- LORINO (P.), *Méthodes et pratiques de la performance*, Éd. d'Organisation, 3^e Éd, 2003.
- MARSHALL (M.), SHEKELLE (P.), LEATHERMAN (S.) & BROOK (R.), «Public disclosure of performance data: learning from the US experience», *Quality and safety in Health Care* 9:53-57, 2000.
- MORRIS (M.) & MOORE (P.), «The lessons we (don't) learn: counterfactual thinking and organizational accountability after a close call», *Administrative Science Quarterly* 45 (4): 737-765, 2000.
- PETERS (R.), COVELLO (D.) & MCCALLUM (V.), «The determinants of trust and credibility in environmental risk communication: an empirical study», *Risk Analysis* 17 (1): 43-54, 1997.
- PORTER (M.) & TEISBERG (E.), «Redefining health care», *Harvard Business Review* 82 (6): 64-76, 2004.
- SAGE (W.M.), «Regulating through information: disclosure laws and American health care», *Columbia Law Review* 99 (7): 1701-1829, 1999.
- SCHNEIDER (E.) & EPSTEIN (A.), «Use of Public Performance Reports A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery», *JAMA* 279 (20): 1638-1642, 1998.
- SLOVIC (P.), *Toward understanding and improving decisions in* Howell (W.), FLEISCHMAN (E.), *Human Performance and Productivity* 2, 157-183, Erlbaum, Hillsdale, 1982.
- THOMAS (J.) & HOFER (T.), «Accuracy of risk-adjusted mortality rate as a measure of hospital quality of care», *Medical Care* 37 (1): 83-92, 1999.
- TODRES (J.), «Toward healing and restoration for all: reframing medical malpractice reform», *Connecticut Law Review* 39: 667-737, 2006.
- WERNER (R.) & ASCH (D.), «The Unintended consequences of publicly reporting quality information», *JAMA* 293 (10): 1239-1244, 2005.