



SPOR 
Strategy for Patient-Oriented Research
**EVIDENCE
ALLIANCE**

Strategy for Patient-Oriented Research
SPOR
Putting Patients First 

Diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux

Une revue systématique de revues

Date: 12/17/2019

Préparé par

Michèle Dugas, M. Sc., Patrick Blouin, M. A., Léa Langlois, M. A., Valérie Carnovale, Ph. D., Marie Baron, Ph. D., Andrée-Anne Poirier, Ph. D., Becky Skidmore, MLS, Annie LeBlanc, Ph. D.

À l'intention de

Dr. Denis Roy, Vice-présidence, Science et gouvernance clinique,
Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)

Contact

Annie LeBlanc, Ph. D., Professeure agrégée
Faculté de médecine, Université Laval
annie.leblanc@fmed.ulaval.ca

Citation suggérée

Dugas M., Blouin P., Langlois L., Carnovale V., Baron M., Poirier A., Skidmore B., et LeBlanc, A. (2019).
Diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux : Une revue
systématique de revues. SPOR Evidence Alliance



Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, en particulier les membres du groupe de travail et du comité de coordination scientifique, dans la réalisation de cette revue.

Groupe de travail

Geneviève Martin, Ph. D., professionnelle scientifique principale-revues rapides, vice-présidence, science et gouvernance clinique

Isabelle Beaudoin, Ph. D., coordonnatrice scientifique, direction des services sociaux

Laurie Lambert, Ph. D., professionnelle scientifique principale, direction des services de santé et de l'évaluation des technologies

Bernard Candas, Ph. D., professionnel scientifique principal-analyses populationnelles, vice-présidence, science et gouvernance clinique

Mike Benigeri, Ph. D., expert-conseil, vice-présidence, science et gouvernance clinique

Pascale Breton, secrétaire générale et directrice des communications

Comité de coordination scientifique

Sylvie Bouchard, B. Pharm., D.P.H., M. Sc., MBA, directrice du médicament

Sylvie Desmarais, M. Sc., directrice des services sociaux

Michèle de Guise, MD, FRCPC, directrice des services de santé et de l'évaluation des technologies

Françoise Thomas, LL. M., adjointe exécutive, vice-présidence, science et gouvernance clinique

Denis Roy, MD, MPH, M. Sc., FRCPC, vice-président, science et gouvernance clinique

Financement

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a financé cette revue. Le réseau pancanadien pour des données probantes, le SPOR Evidence Alliance, a apporté une contribution en nature pour cette revue.

Le réseau SPOR Evidence Alliance est soutenu par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sous l'initiative de la Stratégie de recherche axée sur le patient du Canada (SRAP).

Pour toutes questions concernant ce rapport, veuillez contacter:

Michèle Dugas, M.Sc.

Professionnelle de recherche

Courriel : michele.dugas.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 418-663-5699



Table des matières

Remerciements	i
Financement	i
Abréviations	4
Définitions clés	4
Résumé	5
Problématique	6
Objectifs	7
Méthodes	8
Résultats	10
Sélection des revues issues du repérage	10
Sélection des documents issus des autres moyens de repérage.....	11
Caractéristiques des revues	11
Évaluation de la qualité des revues systématiques	16
Caractéristiques de la diffusion publique	18
Caractéristiques des interventions de diffusion publique	18
Type de données rendues publiques.....	19
Type d'émetteurs des interventions de diffusion publique	19
Impact de la diffusion publique	21
Impact sur la santé des patients	21
Mortalité.....	21
Autres issues de santé.....	22
Impact sur l'accès aux soins et services de santé	22
Impact sur le choix d'un prestataire de soins ou d'un régime d'assurance par les patients.....	23
Impact sur les professionnels de la santé.....	23
Facteurs pouvant modérer l'impact de la diffusion publique	25
Écarts de performance entre les prestataires de soins	25
Type de système de santé	25
Incidatifs financiers.....	26
Conséquences inattendues de la diffusion publique	27
Sélection des patients en fonction du risque	27
Manipulation de données par les professionnels de la santé ou les établissements	27



Vision en tunnel.....	28
Enjeux et bonnes pratiques	29
Enjeu 1 : Validité des données publiées et aversion au risque accrue.....	30
1.1 Validité des modèles d'ajustement en fonction du risque.....	30
1.2 Validité des indicateurs pour refléter adéquatement la performance des prestataires	31
1.3 Pouvoir discriminant des indicateurs	31
Solutions recensées dans la littérature	32
1. Privilégier des indicateurs de processus ou des indicateurs composites plutôt que des indicateurs de résultats.....	32
2. Utiliser des sources de données valides	33
3. Privilégier une diffusion au niveau de l'établissement plutôt qu'au niveau individuel.	33
4. Avoir un système d'audits indépendant pour vérifier la validité des données	34
Enjeu 2 : Utilité perçue, diffusion et compréhension des données diffusées.....	34
Solutions recensées dans la littérature	35
1. Implication des parties prenantes.....	35
2. Modalités de diffusion	35
Enjeu 3 : Pouvoir d'agir sur les indicateurs diffusés.....	36
Solution recensée dans la littérature	36
1. Mécanisme de rétroaction.....	36
Enjeu 4 : Fardeau additionnel sur les prestataires de soins.....	36
Solutions recensées dans la littérature	37
1. Utilisation de systèmes de collecte de données déjà en place	37
2. Mise sur pied d'une plateforme universelle pour la diffusion publique	37
Discussion	38
Limites.....	40
Conclusion	41
Références	42
ANNEXE 1.....	45
ANNEXE 2.....	60
ANNEXE 3.....	76
ANNEXE 4.....	78



Abréviations

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and System
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
SPOR	Strategy for Patient-Oriented Research
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient

Définitions clés

Amélioration continue de la qualité : L'effort continu et combiné de toutes les parties prenantes d'une organisation à faire des changements qui mèneront à de meilleurs résultats de santé pour les patients, de meilleurs soins et services et un meilleur développement continu des compétences professionnelles¹.

Diffusion publique : Mécanisme consistant à fournir des informations au grand public sur la structure du système de santé, les processus de soins ou l'état de santé de la population dans le but d'améliorer la qualité et la performance du système de santé.

Informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux : Tout type d'informations permettant d'apprécier la qualité du système de santé et des services sociaux. Par exemple, ces informations peuvent être reliées à la structure ou aux processus du système (p.ex. temps d'attentes, taux d'utilisation) ou aux résultats (p.ex. mortalité, taux d'infection).

Étude primaire : Étude réalisée par un ou plusieurs chercheurs et impliquant une collecte de données fraîches (c.-à-d. que des données sur un sujet particulier sont collectées pour la première fois).

Issus d'intérêts ou issues de santé : Résultats en lien avec des mesures, des indicateurs ou d'autres éléments examinés par une étude.

Pratique réflexive : L'exercice de réflexion, suivi d'un apprentissage que chaque professionnel de la santé devra faire pour apporter à sa pratique des améliorations à partir de nouvelles données probantes ou des données issues de banques de données².



Résumé

Contexte

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) du Québec mène plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité et souhaite examiner les données probantes concernant la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive afin d'éclairer ses prises de décision.

Objectif

L'objectif de ce projet était d'identifier l'impact (avantages et inconvénients), les enjeux et les bonnes pratiques concernant la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive.

Méthode

Une revue systématique de revues de la littérature a été réalisée. La recherche a été effectuée dans les bases de données MEDLINE, PsycINFO et CINAHL. Pour être incluses, les revues pouvaient être de tout type, devaient être publiées après 2008 en français ou en anglais. Deux examinateurs ont réalisé, de façon indépendante, la sélection des études, l'extraction des données et l'évaluation de la qualité des revues. Au total, 32 revues ont été incluses dans l'analyse et font le cœur de ce rapport. Le repérage de documents complémentaires sur le Web a permis d'identifier 38 documents additionnels et les sites Web de 29 organisations clés ont été consultés.

Résultats

Les résultats démontrent que les preuves de l'efficacité de la diffusion publique sont plutôt faibles et qu'il n'y a pas de consensus sur les modalités de bonnes pratiques de diffusion publique. Certaines conséquences inattendues peuvent survenir, comme la diminution de l'accès aux soins et aux services par la sélection adverse (refus de patients à haut risque), la manipulation des données et la vision en tunnel. Une série d'enjeux sont à considérer lors de l'implantation d'un programme de diffusion publique. Certaines pistes de solutions peuvent permettre de les prévenir et d'y remédier. De plus, des facteurs sont susceptibles de modérer l'impact de la diffusion publique, notamment l'existence d'un grand écart de performance entre les prestataires de soins, le type de système de santé et la présence d'incitatifs financiers.

Discussion

Puisque la majorité des études identifiées ont été réalisées aux États-Unis, l'applicabilité de ces résultats au contexte canadien s'avère complexe. Il y a donc un urgent besoin pour la réalisation de nouvelles études au Canada et au Québec afin de mieux cibler, parmi les enjeux et pistes de solutions identifiées, lesquels s'appliquent particulièrement au contexte canadien.

Problématique

La diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux (ci-après diffusion publique) est une stratégie de plus en plus utilisée pour l'amélioration de la qualité. Elle consiste à rendre disponibles publiquement des données sur la qualité des soins de santé et des services sociaux afin de permettre aux patients de faire des choix éclairés et aux organisations d'identifier ce qu'ils peuvent améliorer dans leurs établissements de santé³.

Cette pratique s'est répandue de façon accélérée dans les dernières décennies, notamment avec l'adoption de l'*Affordable Care Act* aux États-Unis en 2010, qui accorde une place importante à l'amélioration de la qualité, entre autres par le biais de la diffusion publique^{4,5}. Plusieurs systèmes de santé diffusent aujourd'hui différents types de données sur les résultats cliniques, les processus de soins, la sécurité et l'expérience des patients, principalement aux États-Unis, mais également dans d'autres pays comme l'Angleterre et l'Australie.

Trois principaux mécanismes sont évoqués pour expliquer l'effet potentiel de la diffusion publique^{6,7,24}. Premièrement, en publiant des données comparatives sur la qualité des soins prodigués, les patients pourraient sélectionner les meilleurs prestataires de soins de santé et de services sociaux, forçant ceux-ci ainsi à maintenir ou améliorer la qualité pour conserver ou augmenter leurs parts de marché. Deuxièmement, l'identification des lacunes dans la qualité pourrait stimuler la motivation intrinsèque de ces prestataires pour offrir des soins de haute qualité à leurs patients. Troisièmement, les prestataires de soins de santé et de services sociaux moins performants, désireux de protéger leur réputation, pourraient également être motivés à s'améliorer. Cependant, il s'agit là de mécanismes d'action théoriques. Des questions demeurent à propos de l'impact (avantages et inconvénients) réel de la diffusion publique. Un manque de preuves solides et fiables semble persister quant à l'impact de la diffusion publique comme stratégie d'amélioration de la qualité des soins de santé et des services sociaux. De plus, il existe un besoin de mieux comprendre les effets inattendus et potentiellement négatifs d'une telle diffusion. Par ailleurs, la diffusion publique par les organisations canadiennes est peu étudiée. Il y a donc un besoin important d'examiner les bénéfices et les risques de cette pratique et leur applicabilité en fonction des particularités du système de santé québécois. C'est dans ce contexte que l'INESSS, qui mène notamment plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité, souhaite examiner les données probantes concernant la diffusion publique visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive afin d'éclairer ses prises de décision.



Objectifs

Les objectifs de cette revue ont été formulés en tenant compte des éléments du modèle PICO (Population, Intervention, Comparaison, Issues d'intérêt), définis lors d'entretiens avec les membres d'un groupe de travail de l'équipe Science et gouvernance clinique de l'INESSS et d'une rencontre de cadrage avec les membres du comité de coordination scientifique de l'INESSS.

Globalement, cette revue vise à identifier les modalités et les enjeux permettant d'éclairer la prise de décision de l'INESSS concernant la diffusion publique de l'information sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive.

Spécifiquement, cette revue vise à :

Objectif 1. Évaluer l'impact (avantages et inconvénients) de la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration de la qualité et la pratique réflexive sur les utilisateurs de connaissances et les parties prenantes.

Objectif 2. Identifier les modalités de bonnes pratiques et les enjeux concernant la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive.

Tableau 1. Éléments du modèle PICO

Participants	Tous les utilisateurs de connaissances et les parties prenantes (c.-à-d. émetteurs et récepteurs de produits de diffusion) touchés par la diffusion publique, c'est-à-dire les patients et leurs proches, les professionnels de la santé, les gestionnaires, les décideurs, les organisations gouvernementales et les organisations de santé et de services sociaux.
Intervention	Diffusion publique d'informations (c.-à-d. indicateurs, de processus, de résultats ou de structure, expériences et sécurité des patients) sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration de la qualité et la pratique réflexive.
Comparaison	Toute comparaison rapportée dans la littérature ou aucune comparaison.
Issues d'intérêt (Outcomes)	1) Caractéristiques et indicateurs de bonnes pratiques associés à la diffusion publique (incluant les mesures d'efficacité) et ; 2) enjeux de mise en application, par catégories d'utilisateurs de connaissances et de parties prenantes.



Méthodes

Devis de revue de la littérature

Le devis sélectionné pour réaliser cette revue était une revue systématique de revues de la littérature¹¹⁻¹⁴. Étant donné que notre échéancier se limitait à quelques mois et qu'une exploration préliminaire de la littérature a révélé plusieurs revues déjà publiées portant sur le sujet, cette approche s'avérait la plus pertinente.

Ce devis permet de mieux informer les décideurs lorsque l'établissement d'un portrait plus global des connaissances sur un sujet est nécessaire.

Un protocole a été enregistré auprès du SPOR Evidence Alliance avant la réalisation de cette revue. Ce rapport est produit selon les lignes directrices PRISMA¹⁵.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les éléments du modèle PICO (p.7) ont guidé les critères d'inclusion des revues, qui pouvaient être de tout type (p.ex. systématique, de large portée, narrative). Une revue était exclue si elle était rédigée dans une autre langue que le français ou l'anglais et si elle avait été publiée avant 2009. Nous avons choisi de limiter cette revue à la littérature la plus récente afin d'offrir aux parties prenantes du projet les données les plus récentes et ainsi de faciliter le processus de prise de décision.

Repérage des publications

Une spécialiste de l'information spécialisée dans le domaine médical a élaboré et testé les stratégies de repérage de manière itérative avec l'équipe de recherche et un des membres du groupe de travail de l'INESSS. Les stratégies dans les bases de données bibliographiques utilisaient une combinaison de vocabulaire contrôlé et de mots-clés (p. ex. « quality improvement », « public reporting »). Un filtre de révision large intégrant tous les types de revues de la littérature a été appliqué aux résultats. La recherche a été effectuée en août 2019 dans les bases de données MEDLINE et PsycINFO avec l'aide de la plateforme OVID et dans CINAHL via la plateforme EBSCO. Les détails spécifiques concernant les stratégies figurent dans l'Annexe 1. Les bibliographies des revues retenues ont été consultées afin d'identifier d'autres études potentiellement pertinentes.

De plus, le repérage de documents complémentaires (littérature grise) a été effectué par le biais de deux autres stratégies qui figurent à l'Annexe 2 (Tableau 6, 7 et 8). La première stratégie consistait en une série de trois recherches par mots-clés sur Google. Pour chacune des recherches, un réviseur a évalué l'éligibilité des 100 premiers résultats. Comme seconde stratégie, une liste de sites Web d'organisations clés susceptibles d'avoir des programmes de diffusion publique a été élaborée en collaboration avec le groupe de travail de l'INESSS.



Sélection des publications et extraction des données

Des duos de réviseurs ont effectué, de manière indépendante, la sélection des revues, et ce, après calibration (c.-à-d. pilotage) entre tous les réviseurs. L'extraction des données a été effectuée par un réviseur, puis validée par un second, à l'aide d'un formulaire standardisé, et ce, après calibration entre tous les réviseurs. Les divergences ont été résolues par discussion.

Les données extraites des revues s'inscrivaient parmi les catégories suivantes : (1) informations sur la revue (p. ex. titre, auteur principal, année de publication, pays, financement, devis), (2) informations sur les études primaires incluses dans les revues (p. ex. population, nombre, devis, pays), (3) description de l'intervention (p. ex. type de diffusion publique, émetteurs, accès aux données) et (4) information sur les résultats et issues d'intérêt (p. ex. efficacité, enjeux, conséquences).

Les données extraites des documents issus de la littérature grise comprenaient : (1) le type de document, (2) l'année de publication, (3) le nom des auteurs ou de l'organisation émettrice et (4) les faits saillants du document.

Les données extraites des sites Web d'organisations clés comprenaient : (1) le pays de l'organisation, (2) le nom de l'organisation, (3) le nom du programme de diffusion publique, (4) la description du programme de diffusion publique et (5) le lien vers le site Web.

Stratégie d'analyse des données

Les données extraites ont été analysées selon une approche traditionnelle d'analyse de contenu à partir de notre interprétation des résultats des revues retenues. Une analyse thématique a été effectuée à l'aide d'une matrice pour classer les différents thèmes émergents de la littérature sur l'identification des bonnes pratiques et des enjeux entourant leur mise en application. Les résultats sont présentés de manière narrative pour faciliter la compréhension.

Analyse de la qualité des revues systématiques

L'analyse de la qualité des revues systématiques a été évaluée avec l'outil AMSTAR 2¹⁶ par deux réviseurs de manière indépendante. Les divergences ont été résolues par discussion.

Gestion des données

La sélection des études, l'extraction des données et l'évaluation de la qualité ont été réalisées à l'aide du logiciel DistillerSR (Evidence Partners, Ottawa, Ontario).

Implication des utilisateurs des connaissances et parties prenantes

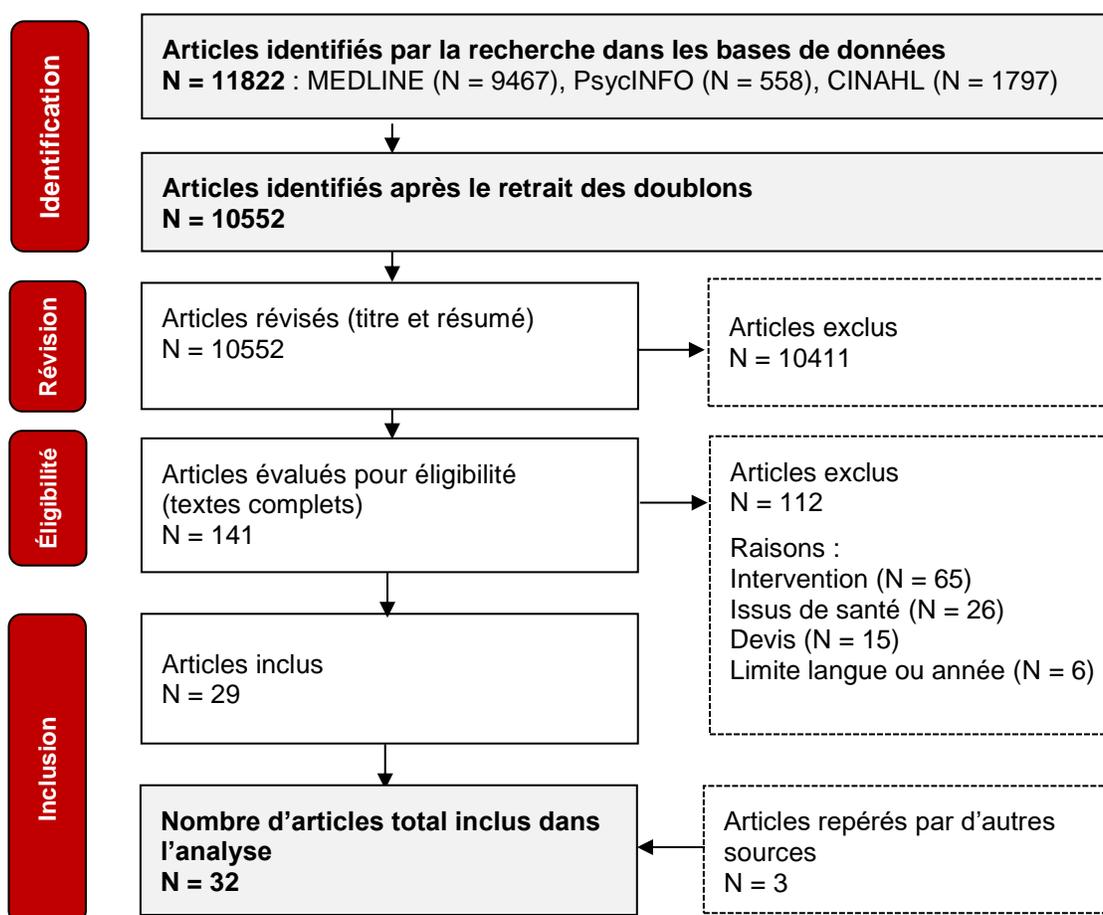
Le groupe de travail de l'INESSS et le comité de coordination scientifique de l'INESSS ont été impliqués tout au long du processus. Ils ont contribué au cadrage de la question de recherche et de la méthodologie. Leurs commentaires sur la version préliminaire de ce rapport ont également été sollicités.

Résultats

Sélection des revues issues du repérage

Notre stratégie de recherche a permis d'identifier 10 552 références uniques (Figure 1). Suite à la révision des titres et résumés par des paires de deux auteurs, 10 411 références ont été exclues. Par la suite, l'éligibilité des 141 références a été évaluée par la lecture du texte complet. Après la résolution des différences par consensus, 112 références ont été exclues. Après l'inclusion de trois revues repérées par d'autres sources, un total de 32 revues^{3-5,9,10,17-39,45,49-51} ont été incluses dans l'analyse et sont abordées dans le présent rapport.

Figure 1. Sélection des revues



Sélection des documents issus des autres moyens de repérage

L'examen des bibliographies des revues retenues a permis d'identifier cinq articles supplémentaires (commentaires, éditoriaux, études de cas)⁴⁰⁻⁴⁴. L'exploration de la littérature grise par les recherches sur Google a permis d'identifier 38 documents (20 rapports, 16 articles non scientifiques et deux présentations PowerPoint). Les faits saillants de ces documents se retrouvent au Tableau 7 de l'Annexe 2. L'exploration des sites Web de 29 organisations clés a permis d'identifier plusieurs programmes publiant des informations sur la qualité des soins et services dans plusieurs pays. La description générale de ces programmes se retrouve au Tableau 8 de l'Annexe 2.

Caractéristiques des revues

Nous avons identifié 11 revues systématiques^{3,4,9,17-20,22-25} dont une de type Cochrane³, une revue réaliste²¹ et 20 revues narratives^{5,10,26-39,45,49-51} (Tableau 2).

Les auteurs principaux des revues proviennent des États-Unis^{5,17,18,23,24,26,28,30-32,34-39,45,50}, du Royaume-Uni^{3,4,21,27,29,51}, de l'Italie^{9,25}, de l'Australie^{19,49}, des Pays-Bas²⁰, de la Suisse¹⁰, de l'Irlande³³ et du Canada²². Deux revues ont été mandatées par des organisations reconnues à l'international dont la revue systématique de Totten et coll.²⁴ (*Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ*) aux États-Unis et la revue réaliste de Greenhalg et coll.²¹ (*National Health Service, NHS*) au Royaume-Uni. Au total, 760 études primaires ont été incluses dans les revues systématiques. Le nombre d'études par revue s'étendait de deux à 198. Sans tenir compte des données manquantes, la plupart de ces études provenaient des États-Unis.

La majorité des revues systématiques ont obtenu une source de financement publique pour mener à bien leurs recherches (n=8) et la source de financement n'était pas rapportée pour près de la moitié des revues narratives (n=9). Neuf revues systématiques s'intéressaient à des contextes de santé variés et presque toutes les revues narratives (n=18) s'intéressaient au contexte des soins spécialisés, souvent en cardiologie. Seulement quatre revues systématiques ont rapporté la taille d'échantillon totale des patients^{9,18-20}. Dix revues systématiques avaient pour objectif d'évaluer l'impact de la diffusion publique sur différentes issues d'intérêt, tandis que les deux autres^{21,22}, y compris la revue réaliste, exploraient les mécanismes et les facteurs contextuels entourant la diffusion publique.

Tableau 2. Description des revues incluses

Auteur (pays), Année	Devis de la revue	Financement	Devis des études primaires (nombre)	Pays des études primaires (nombre)	Contexte de santé	Objectifs /sujets de la revue
Behrendt ⁴ (Royaume-Uni), 2016	Systematique	Non rapporté	Mixte (25)	États-Unis (22) Royaume-Uni (3)	Soins spécialisés	Évaluer si et comment la diffusion publique peut inciter les chirurgiens à améliorer la qualité des soins.
Berger ¹⁷ (États-Unis), 2013	Systematique	Aucun financement	Quantitatif (25)	États-Unis (23) Italie (1) Pays-Bas (1)	Varié	Résumer les connaissances sur l'impact de la diffusion publique sur la santé des patients et les inégalités.
Campanella ⁹ (Italie), 2016	Systematique	Public	Quantitatif (27)	États-Unis (23) Chine (2) Canada (1) Italie (1)	Varié	Évaluer quantitativement et qualitativement l'impact de la diffusion publique sur la santé des patients.
de Cordova ¹⁸ (États-Unis), 2017	Systematique	Public	Quantitatif (10)	États-Unis (8) Canada (1) Italie (1)	Soins spécialisés	Évaluer l'effet de la diffusion publique pour les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde.
Dunt ¹⁹ (Australie), 2018	Systematique	À but non lucratif	Quantitatif (60)	États-Unis (19) Canada (1) Italie (1) Royaume-Uni (1) Non rapportés (38)	Soins spécialisés	Évaluer l'impact de la diffusion publique sur la part de marché, la mortalité et les caractéristiques des patients ayant subi une angioplastie coronaire ou un pontage aortocoronarien.
Faber ²⁰ (Pays-Bas), 2009	Systematique	Non rapporté	Quantitatif (14)	États-Unis (14)	Varié	Évaluer l'impact des informations sur la qualité des soins sur le choix des patients.
Greenhalgh ²¹ (Royaume-Uni), 2017	Réaliste	Public	Mixte (146)	Non rapportés (146)	Varié	Explorer les contextes et mécanismes entourant la diffusion publique et la rétroaction sur des données agrégées dans le but d'améliorer les soins.
Lemire ²² (Canada), 2013	Systematique	Public	Mixte (114)	Non rapportés (114)	Varié	Identifier les facteurs associés avec la diffusion publique d'information sur la performance dans l'optique d'une amélioration continue de la qualité dans les organisations de santé.

Metcalfe ³ (Royaume-Uni), 2018	Systématique Cochrane	Public	Quantitatif (12)	États-Unis (8) Canada (1) Pays-Bas (1) Corée du Sud (1) Chine (1)	Varié	Évaluer les effets de la diffusion publique de données de performance sur l'utilisation des soins, les comportements des patients, des professionnels et des organisations de santé.
Mukamel ²³ (États-Unis), 2014	Systématique	Public	Non rapporté (65)	États-Unis (65)	Varié	Comparer les approches de réglementation et de bulletins visant l'amélioration de la qualité et évaluer les effets de ces approches sur l'efficacité, les coûts et les conséquences inattendues.
Totten ²⁴ (États-Unis), 2012	Systématique	Public	Mixte (198)	États-Unis (159) Royaume-Uni (8) Canada (7) Pays-Bas (5) Allemagne (2) Corée du Sud (2) Taiwan (2) Écosse (1) France (1) Iran (1) Non rapportés (10)	Varié	Déterminer si la diffusion publique mène à l'amélioration des soins et à une meilleure santé chez les patients. Évaluer les risques de cette pratique et son impact sur les comportements des patients et des professionnels de santé. Évaluer les facteurs contextuels influençant l'efficacité de la diffusion publique.
Vukovic ²⁵ (Italie), 2017	Systématique	Public	Mixte (62)	États-Unis (55) Royaume-Uni (3) Chine (1) Canada (1) Allemagne (1) Pays-Bas (1)	Varié	Évaluer l'impact de la diffusion publique sur l'amélioration de la qualité, le choix des patients, l'utilisation des services, la part de marché, la perspective des professionnels de la santé, l'expérience des patients et les conséquences inattendues.
Burns ²⁶ (États-Unis), 2016	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Forces et faiblesses de la diffusion publique d'indicateurs sur les résultats des chirurgiens.
Chou ²⁷ (Royaume-Uni), 2015	Narratif	À but non lucratif	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Avantages, inconvénients et défis de la diffusion publique au niveau individuel du chirurgien.
Dehmer ²⁸ (États-Unis), 2014	Narratif	À but non lucratif	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Contexte historique, avantages et conséquences inattendues de la diffusion publique en cardiologie.
Exworthy ²⁹ (Royaume-Uni), 2010	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Explorer l'impact de la diffusion publique de données de performance en chirurgie cardiaque.

Fargen ³⁰ (États-Unis), 2018	Narratif	Aucun financement	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Avantages, limites et controverses associés à la diffusion publique en cardiologie.
Gallagher ⁴⁹ (Australie), 2011	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Survol des enjeux associés à la diffusion publique d'indicateurs de qualité en milieu hospitalier en Australie.
Haustein ¹⁰ (Suisse), 2011	Narratif	Public	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Diffusion publique d'indicateurs reliés aux infections nosocomiales aux États-Unis, au Royaume-Uni, en France et en Allemagne.
McDaniel ³¹ (États-Unis), 2016	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Controverses en lien avec la diffusion publique et la rémunération au mérite en cardiologie.
Minami ³² (États-Unis), 2015	Narratif	Public	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Avantages et préoccupations de la diffusion publique en chirurgie.
O'Neill ³³ (Irlande), 2009	Narratif	Aucun financement	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Ajustement au risque lors de la diffusion publique au sujet des infections nosocomiales.
Pronovost ⁵⁰ (États-Unis), 2016	Narratif	À but non lucratif	Non rapporté	Non rapporté	Varié	Discussion autour des enjeux de validité des mesures de qualité et de performance, ainsi que des mécanismes de diffusion publique.
Radford ⁵¹ (Royaume-Uni) 2015	Narratif	Aucun financement	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Discussion sur les enjeux entourant la diffusion de données de performance des chirurgiens à un niveau individuel et les conséquences pour les résidents en chirurgie.
Roland ³⁴ (États-Unis), 2015	Narratif	Public	Non rapporté	Non rapporté	Varié	Impact de la rémunération basée sur le rendement et la diffusion publique d'issues de santé.
Shahian ³⁵ (États-Unis), 2011	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Historique, raisonnement et conséquences de la diffusion publique sur la performance en chirurgie cardiaque.
Shahian ³⁶ (États-Unis), 2011	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Enjeux de mise en œuvre de la diffusion publique sur la performance en chirurgie cardiaque.
Shahian ³⁷ (États-Unis), 2017	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Aversion pour le risque dans la diffusion publique en cardiologie.
Shahian ³⁸ (États-Unis), 2017	Narratif	Non rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Stratégies d'atténuation de l'aversion au risque dans la diffusion publique en cardiologie.

Wadhwa ³⁹ (États-Unis), 2017	Narratif	Public	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Conséquences inattendues de la diffusion publique d'informations sur les interventions coronariennes percutanées.
Wasfy ⁴⁵ (États-Unis), 2015	Narratif	Non Rapporté	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Discussion sur les différents enjeux liés à la diffusion publique (éthiques, utilisation des données par le public, validité des données, amélioration de la qualité) et façons d'améliorer les initiatives de diffusion publique.
Young ⁵ (États-Unis), 2014	Narratif	Public	Non rapporté	Non rapporté	Soins spécialisés	Avantages et inconvénients de la diffusion publique en cardiologie et stratégies d'atténuation pour la mise en œuvre.



Évaluation de la qualité des revues systématiques

La qualité des revues systématiques a été évaluée avec l'outil AMSTAR 2¹⁶. Sept dimensions parmi celles évaluées sont particulièrement critiques et peuvent affecter la validité d'une revue et de ses conclusions. Il s'agit principalement des domaines qui touchent la détermination des méthodes préalablement à la réalisation de la revue, l'adéquation de la recherche de littérature, la pertinence de la sélection et la prise en compte des risques de biais des études primaires. AMSTAR 2 fournit une évaluation globale de la confiance qui peut être placée dans les résultats d'une revue, établie à partir de la performance des revues dans ces domaines. Une revue obtient une cote de confiance très faible lorsqu'elle ne remplit pas au moins deux critères considérés comme critiques. Les critères complets d'AMSTAR 2 se trouvent à l'Annexe 3.

Les revues systématiques incluses présentent une cote de confiance très faible dans neuf cas^{4,9,18-20,22-25}, faible dans un cas¹⁷ et élevée dans un cas³ (Tableau 3). Les revues incluses ont rarement rapporté avoir élaboré ou publié un protocole (sauf pour trois revues^{3,9,17}) et ont omis de fournir une liste des études exclues, à l'exception de deux revues^{3,24}. La stratégie de recherche est également considérée comme incomplète pour six revues^{4,9,19-20,22,25} ou partiellement complète pour cinq revues^{3,17,18,23,24}.

Plusieurs revues décrivaient les études primaires incluses de façon partiellement adéquate^{9,17-20} ou inadéquate^{4,22,23}, ce qui a contribué à une certaine perte de détails au niveau des données pouvant être extraites. Par ailleurs, plusieurs auteurs n'ont pas réalisé ou n'ont pas rapporté d'évaluation satisfaisante des risques de biais dans les études primaires^{20,22-24} (ou partiellement⁴), ou n'en ont pas adéquatement tenu compte dans l'interprétation des résultats^{19,22,23}. Une prudence est donc nécessaire dans l'interprétation des résultats de ces revues.

Tableau 3. Évaluation AMSTAR 2

Critères → Auteur Année ↓	1	2*	3	4*	5	6	7*	8	9a*	9b*	10	11a*	11b*	12	13*	14	15*	16	Cote de confiance
Behrendt 2016	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	No	N/A	Oui partiel	Non	N/A	N/A	N/A	Oui	Non	N/A	Non	Très faible
Berger 2013	Oui	Oui partiel	Non	Oui partiel	Oui	Oui	Non	Oui partiel	Oui	Oui	Oui	N/A	N/A	N/A	Oui	Oui	N/A	Oui	Faible
Campanella 2016	Non	Oui partiel	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui partiel	N/A	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Très faible
Cordova 2017	Oui	Non	Non	Oui partiel	Oui	Oui	Non	Oui partiel	N/A	Oui	Non	N/A	N/A	N/A	Oui	Oui	N/A	Oui	Très faible
Dunt 2018	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui partiel	Oui	Oui	Non	N/A	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Très faible
Faber 2009	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui partiel	Oui partiel	Non	Non	N/A	N/A	N/A	Oui	Non	N/A	Oui	Très faible
Lemire 2013	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	N/A	N/A	N/A	Non	Non	N/A	Oui	Très faible
Metcalfe 2018	Oui	Oui	Oui	Oui partiel	Oui	Oui	Oui partiel	Oui	Oui	Oui	Oui	N/A	N/A	N/A	Oui	Oui	N/A	Oui	Élevée
Mukamel 2014	Non	Non	Non	Oui partiel	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	N/A	N/A	N/A	Non	Non	N/A	Oui	Très faible
Totten 2012	Oui	Non	Oui	Oui partiel	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	N/A	N/A	N/A	Oui	Oui	N/A	Oui	Très faible
Vukovic 2017	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui partiel	Oui	Oui	Non	N/A	N/A	N/A	Oui	Non	N/A	Oui	Très faible

*Critères considérés comme critiques.



Caractéristiques de la diffusion publique

Sommaire des constats

En bref, les interventions de diffusion publique :

- Prenaient différentes formes (rapports en ligne, sites Web, fiches de rendement, cotes de qualité, couverture combinée dans les médias).
- Le type de données publiées était diversifié (santé des patients, utilisation des services, surveillance, prévention, processus, expérience patient, coûts).
- Le type d'émetteurs était varié (gouvernemental, établissements de santé, groupe de recherche, association, organisme à but non lucratif, compagnie privée).

Caractéristiques des interventions de diffusion publique

La majorité des revues n'avait pas de définition précise de la diffusion publique d'informations de santé. Les critères d'inclusion des interventions de diffusion publique étaient assez larges (p.ex. « n'importe quelle initiative de diffusion publique ») et variaient d'une étude à l'autre. Il est important de noter que les revues ne faisaient pas la distinction entre les interventions de diffusion publique visant l'évaluation de la performance (axée sur l'exercice professionnel) et celles visant l'amélioration continue de la qualité. De plus, aucune revue portant spécifiquement sur la diffusion publique d'informations sur la qualité des services sociaux n'a été repérée dans la littérature, et ce, malgré l'ajout de vocabulaire contrôlé en lien avec les services sociaux dans nos stratégies de recherche. Cependant, certaines études primaires incluses dans les revues systématiques portaient sur la diffusion publique en lien avec les résidences pour personnes âgées aux États-Unis.

La plupart des interventions provenaient de programmes gouvernementaux de diffusion publique d'informations sur la qualité des soins. La diffusion publique pouvait prendre la forme de rapports mis en ligne sur le Web, de sites Web publiant des données sur le système de santé, de fiches de rendement, de cotes de qualité pour comparer des établissements de santé en ligne ou pour le choix d'un régime d'assurance (Tableau 4).

La provenance des données rendues publiques et les modalités d'accès à ces données par le public étaient peu détaillées dans les revues. La majorité des données était accessible publiquement via des sites Web libres d'accès. Plus rarement, les patients pouvaient aussi recevoir l'information en format papier, par exemple de l'information reçue par la poste pour le choix d'un régime d'assurance sous *Medicaid*. La diffusion publique pouvait avoir plus d'un mécanisme de diffusion en combinant, par exemple, la diffusion sur un site Web et une couverture via les médias traditionnels, comme les journaux, la télévision et la radio.



Type de données rendues publiques

De manière générale, sauf pour certaines revues s'intéressant spécifiquement aux taux de mortalité la nature des données rendues publiques était très hétérogène. Ces données comprenaient des mesures de résultats de santé des patients, de l'utilisation des services de santé, de surveillance et de prévention, de processus de soins. Les données sur l'état de santé des patients comprenaient des mesures autorapportées et des mesures dites objectives telles que le taux de mortalité et le taux de réadmission. Les données concernant l'utilisation des services comprenaient la fréquence de procédures médicales réalisées ou l'utilisation des services de santé mentale. Les données liées à la surveillance ou à la prévention mesuraient par exemple le nombre d'infections nosocomiales, le taux de vaccination ou le taux de dépistage. Certaines données sur des mesures de processus de soins pouvaient aussi être rendues publiques, comme les taux de prescription d'antibiotiques, les taux de césarienne ou la durée moyenne d'hospitalisation. Un autre type de donnée était celui lié à l'expérience des patients. Par exemple, l'AHRQ aux États-Unis rend publics des données de sondage sur l'expérience des patients et les aspects de la qualité des soins de santé que ces derniers jugent importants (c.-à-d. *Consumer Assessment of Healthcare Providers and System*, CAHPS). Enfin, on retrouvait des données sur les coûts des services.

Certaines données pouvaient être présentées de manière agrégée sous forme de cotes de qualité associées à des professionnels de la santé, des groupes d'établissements de santé ou des régimes d'assurance. Par exemple, certains programmes diffusaient des cotes sous forme d'étoile (p.ex. *Hospital Compare des Centers for Medicare and Medicaid Services*, CMS), ou bien sous forme de score comme la comparaison de régime d'assurance via les outils HEDIS (*Healthcare Effectiveness Data and Information Set*) du *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) aux États-Unis.

Type d'émetteurs des interventions de diffusion publique

Le type d'organisations mettant en œuvre les interventions de diffusion publique était rarement précisé dans les revues. La plupart des interventions provenaient d'initiatives ou de programmes gouvernementaux, parfois obligatoires, car associées à une loi, et parfois volontaires. Les types d'émetteurs sont variés et comprennent : les émetteurs associés aux gouvernements (p. ex. AHRQ, Medicare), les établissements de santé, les groupes de recherche, les associations (p. ex. Société canadienne de cardiologie), les organismes à but non lucratif et les compagnies privées (p. ex. média). Il faut noter que plus d'un type d'émetteur pouvait diffuser les informations d'une même initiative.

Tableau 4. Description des interventions de diffusion publique

Type de diffusion publique	Type de données incluses	Type d'émetteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Rapport en ligne • Site Web • Fiches de rendement • Cotes de qualité • Couverture combinée dans les médias 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé des patients • Utilisation des services • Surveillance / prévention • Processus de soins • Expérience des patients • Coûts des services 	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernemental • Groupe d'établissements de santé • Groupe de recherche • Association • Organisme à but non lucratif • Compagnie privée

Impact de la diffusion publique

Rappel de l'objectif

Évaluer l'impact (avantages et inconvénients) de la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins et des services sociaux visant l'amélioration de la qualité et la pratique réflexive sur les utilisateurs de connaissances et les parties prenantes.

Sommaire des constats

En bref, les impacts (avantages et inconvénients) de la diffusion publique sont les suivants :

- **La diffusion publique permet d'améliorer certains indicateurs de santé, mais les résultats présentés dans les revues demeurent contradictoires.**
- **Les données indiquent que la diffusion publique semble avoir un effet plutôt négatif sur l'accès aux soins et services de santé.**
- **Il n'y a pas de données claires indiquant que la diffusion publique facilite le choix des patients d'un prestataire de soins.**
- **La diffusion publique favorise parfois l'engagement des professionnels de la santé vers l'amélioration de la qualité.**

Il est à noter que l'information sur l'impact de la diffusion publique a été extraite des 11 revues systématiques^{3,4,9,17-20,22-25}. Par ailleurs, bien que la revue portait autant sur la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé que des services sociaux, la totalité des revues incluses traitait uniquement des soins de santé. Pour cette raison, nous faisons ici uniquement référence aux soins de santé et non aux services sociaux.

Impact sur la santé des patients

Mortalité

Quatre revues^{9,18,19,24} se sont intéressées à l'impact de la diffusion publique sur les taux de mortalité. Bien que la revue Totten de l'AHRQ²⁴ conclue que la diffusion publique entraîne une légère diminution des taux de mortalité, les résultats des trois autres revues présentent des conclusions mixtes. En effet, près de la moitié des études primaires incluses dans ces revues rapportent des résultats positifs, tandis que l'autre moitié rapporte une absence d'impact, un impact négatif ou un impact mixte. Pour cette raison, il n'est pas possible de conclure que la diffusion publique a une influence positive sur les taux de mortalité.



Ces résultats contradictoires pourraient s'expliquer en partie par la diversité des contextes des études. Par exemple, alors que Dunt¹⁹ et de Cordova¹⁸ s'intéressent spécifiquement aux taux de mortalité chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde, Campanella⁹ et Totten²⁴ s'intéressent plutôt aux taux de mortalité chez tout type de patient.

Campanella⁹ et Dunt¹⁹ ont effectué une méta-analyse avec les études pour lesquelles les données étaient disponibles. Celle de Dunt¹⁹ démontre un impact non significatif de la diffusion des taux de mortalité. En revanche, celle de Campanella⁹ présente une diminution statistiquement significative des taux de mortalité, mais dans un contexte d'hétérogénéité extrêmement élevée ($I^2=99\%$) rendant toute forme d'interprétation des résultats invalide.

Autres issues de santé

Huit des onze revues se sont intéressées à l'impact de la diffusion publique sur des indicateurs mesurant la santé des patients^{3,9,17-19,23-25}. Les indicateurs étaient très diversifiés d'une étude à l'autre. Par exemple, il pouvait s'agir d'indicateurs en milieu hospitalier (taux d'hospitalisation et réadmission, taux d'infection), d'indicateurs en milieu ambulatoire (taux de vaccination, taux de dépistage) et d'autres indicateurs de qualité ayant un impact sur les patients (mesures sur la qualité des soins ou de l'amélioration de la qualité). De manière générale, 6 revues sur 8 ont rapporté un effet mixte sur la santé des patients et les deux autres^{24,25} ont rapporté un effet généralement positif sur les indicateurs de qualité des soins et de processus visant l'amélioration de la qualité.

Il faut noter qu'il est difficile de se prononcer sur l'ampleur de l'effet de la diffusion publique et sur l'identification d'indicateurs spécifiques qui peuvent être influencés positivement par celle-ci. En effet, plusieurs revues rapportent des mesures agrégées qui regroupent plusieurs indicateurs. Par exemple, la revue de Berger¹⁷ utilise le terme « effets sur les patients » dans lequel ils incluent des indicateurs comme la présence de plaies de pression, la présence de douleur, le taux de délirium, les délais d'attente, etc. Dans ces revues, les résultats sont interprétés de façon globale. Cette agrégation des données appelle à la plus grande prudence dans l'interprétation des résultats.

En somme, cette perte de granularité ne nous permet pas de conclure à un effet clairement positif de la diffusion publique sur les issues de santé. Néanmoins, il semble probable qu'un effet positif existe, mais qu'il soit limité à un nombre restreint d'indicateurs.

Impact sur l'accès aux soins et services de santé

Sept revues ont évalué l'impact de la diffusion publique sur l'accès aux soins et services de santé^{4,17-19,23-25}. Plusieurs issues d'intérêts pouvaient servir à évaluer de manière globale l'impact sur l'accès aux soins. Ceux-ci pouvaient comprendre, par exemple, la sélection adverse (sélection des patients selon leur niveau de risque), le nombre de procédures médicales réalisées ou l'évaluation des caractéristiques des patients.

Quatre revues rapportent un effet mixte sur l'accès aux soins^{17,18,23,24}, notamment dû à la contradiction des études primaires et/ou le manque de rigueur méthodologique de celles-ci. Les trois autres

revues^{4,19,25} ont conclu que la diffusion publique pouvait avoir un effet négatif sur l'accès aux soins, notamment chez les patients à haut risque de mortalité lors d'une intervention chirurgicale.

Impact sur le choix d'un prestataire de soins ou d'un régime d'assurance par les patients

Six revues ont évalué l'impact de la diffusion publique sur le choix des patients, tant au niveau du choix d'un médecin, d'un hôpital, d'une résidence pour personnes âgées ou d'un régime d'assurance de santé^{3,17,20,23-25}. Deux revues ont noté un certain effet sur le choix des patients. Berger et coll.¹⁷ mentionnent deux études où les patients ont choisi en plus grande proportion des établissements de santé cotant plus élevée au niveau de la qualité. Vukovic et coll.²⁵ rapportent que six études américaines sur dix s'attardant aux choix des patients (p.ex. choix d'un régime d'assurance, d'un chirurgien ou d'une résidence pour personnes âgées) ont noté que l'information publique sur la qualité des soins a eu un certain impact dans la décision des patients.

La revue de Mukamel²³ a noté un effet mixte sur le choix des patients, autant concernant le choix d'un milieu de soins, d'un médecin ou d'un régime d'assurance. De manière générale, les études sont contradictoires. Certaines notent une augmentation de la demande des médecins ou des établissements de plus haute qualité, tandis que d'autres ne notent aucun changement au niveau de la demande. Les trois autres revues^{3,20,24} rapportent que la diffusion publique n'a eu aucun impact sur le choix des patients.

Impact sur les professionnels de la santé

Trois revues^{3,23,24} ont évalué l'impact de la diffusion publique sur les professionnels de la santé de différentes façons. La revue Cochrane de Metcalfe et coll.³ a exploré plusieurs éléments liés au comportement des professionnels de la santé, tels que le taux de prescription d'antibiotique, les modalités de références vers des spécialistes et d'autres indicateurs de processus de soins. Les auteurs concluent que, même si un léger effet positif est remarqué pour certaines issues d'intérêt prises individuellement, la diffusion publique n'a, de manière générale, pas d'effet sur le comportement des professionnels de la santé.

Contrairement à Metcalfe, les deux autres revues notent un impact positif en lien avec la diffusion publique. La revue Totten de l'AHRQ²⁴ conclut à un effet positif sur l'attitude des professionnels de la santé. La diffusion publique aurait favorisé l'engagement des professionnels et des organisations de santé dans l'amélioration de la qualité et aurait mené, par exemple, à des ajouts de services, à la modification de politiques et à une meilleure attention accordée à la qualité des soins en général. La revue de Mukamel²³ conclut elle aussi que la diffusion publique a pu favoriser un meilleur engagement dans les activités d'amélioration de la qualité de manière générale.



Tableau 5. Résumé de l'impact de la diffusion publique sur les issues d'intérêts

Auteur de la revue, Année	Santé des patients	Accès aux soins	Choix des patients	Impact sur les professionnels de la santé
Behrendt ⁴ , 2016	-	Négatif	-	-
Berger ¹⁷ , 2013	Mixte	Mixte	Positif	-
Campanella ⁹ , 2016	Mixte	-	-	-
de Cordova ¹⁸ , 2017	Mixte	Mixte	-	-
Dunt ¹⁹ , 2018	Mixte	Négatif	-	-
Faber ²⁰ , 2009	-	-	Aucun impact	-
Lemire ²² , 2013	-	-	-	-
Metcalfe ³ , 2018	Mixte	-	Aucun impact	Aucun impact
Mukamel ²³ , 2014	Mixte	Mixte	Mixte	Positif
Totten ²⁴ , 2012	Positif	Mixte	Aucun impact	Positif
Vukovic ²⁵ , 2017	Positif	Négatif	Positif	-
Nombre total de revues	8	7	6	3
avec un impact positif	2/8 (25%)	-	2/6 (33%)	2/3 (67%)
avec un impact négatif	-	3/7 (43%)	-	-
avec un impact mixte	6/8 (75%)	4/7 (57%)	1/6 (17%)	-
sans aucun impact	-	-	3/6 (50%)	1/3 (33%)



Facteurs pouvant modérer l'impact de la diffusion publique

Sommaire des constats

En bref, les facteurs modérant l'impact de la diffusion publique sont les suivants :

- La diffusion publique semble avoir de meilleurs impacts dans les systèmes de santé avec de plus grands écarts de performance entre les prestataires.
- L'impact de la diffusion publique sur l'amélioration de la qualité serait plus grand dans les systèmes de santé compétitifs.
- Les incitatifs financiers pourraient être un facteur favorisant l'amélioration de la qualité, mais des données supplémentaires sont nécessaires pour valider ces résultats.

Cette revue a permis d'identifier certains éléments contextuels pouvant influencer l'efficacité de la diffusion publique : les écarts de performance entre les prestataires de soins, le type de système de santé et la présence d'incitatifs financiers.

Écarts de performance entre les prestataires de soins

L'impact de la diffusion publique sur l'amélioration de la qualité est susceptible d'être supérieur dans un système de santé dans lequel il existe de grands écarts de performance entre les prestataires. Plus précisément, différentes revues rapportent que les établissements ou les professionnels de la santé sous-performants s'améliorent davantage que ceux qui présentent un niveau de performance moyen ou supérieur^{4,9,24}.

Type de système de santé

Ensuite, le type de système de santé a également été identifié comme une variable modératrice de l'impact de la diffusion publique. Selon Totten et coll.²⁴, l'impact sur l'amélioration de la qualité serait plus grand dans les systèmes de santé compétitifs soumis aux lois du libre marché, comme c'est le cas aux États-Unis. Ces auteurs ont inclus sept études primaires et ils qualifient de « élevé » le niveau de preuve. Ils abordent très peu les mécanismes sous-jacents à ce résultat. Cependant, ils indiquent que celui-ci est cohérent avec les principes de base des théories économiques : la quantification et la diffusion publique du niveau de qualité des soins créent un climat de compétition dans lequel les prestataires doivent se démarquer pour conserver leurs consommateurs ou en attirer de nouveau. Les parts de marché agissent donc comme motivateur extrinsèque aux initiatives d'amélioration continue de la qualité. Or, dans un système de santé publique comme celui du Québec dans lequel les patients ont très peu de liberté de choix de prestataire de soins, ce mécanisme d'action ne s'applique plus, expliquant peut-être l'impact moindre de la diffusion publique dans ces systèmes de santé.



SPOR
Strategy for Patient-Oriented Research
**EVIDENCE
ALLIANCE**

Strategy for Patient-Oriented Research
SPOR
Putting Patients First

Incentifs financiers

En lien avec ce dernier point, un troisième facteur contextuel soulevé dans la littérature est la présence d'incentifs financiers associés aux données de performance (c.-à-d. *pay-for-performance*). Pour Campanella et coll.⁹, l'attribution de primes ou encore l'imposition de pénalités en fonction des résultats aux indicateurs mesurés dans les initiatives de diffusion publique agiraient comme puissant motivateur et viendraient augmenter l'efficacité de ces initiatives. Cependant, il importe de noter que la revue de Campanella et coll.⁹ ne visait pas à quantifier l'influence des incitatifs financiers sur l'efficacité de la diffusion publique à l'égard de l'amélioration de la qualité. Cet enjeu a plutôt été soulevé comme élément de discussion. Il existe toute une littérature sur l'efficacité des incitatifs financiers comme outil d'amélioration de la qualité. Celle-ci dépasse la visée de la présente revue.



Conséquences inattendues de la diffusion publique

Sommaire des constats

En bref, les conséquences inattendues de la diffusion publique sont les suivantes :

- **Une diminution de l'accès aux soins et services par la sélection adverse (refus de patients à haut risque).**
- **L'utilisation de stratégies de manipulation de données par les professionnels de la santé ou les établissements pour sous-estimer les impacts négatifs réels.**
- **La vision en tunnel qui favorise uniquement l'amélioration des indicateurs de santé diffusés publiquement au détriment des autres.**

La diffusion publique de données de performance comme stratégie d'amélioration de la qualité peut mener à un ensemble de conséquences inattendues qui vont à l'encontre de l'objectif visé. La présente section vise à faire un survol des principales conséquences négatives abordées dans la littérature. Cependant, nous ne pouvons pas nous prononcer sur l'ampleur et la fréquence de ces effets inattendus dans la réalité. Comme le note l'AHRQ²⁴, ces conséquences négatives potentielles font souvent l'objet de discussions et d'éditoriaux dans la littérature, mais le nombre d'études visant à les quantifier demeure très faible. Plusieurs stratégies ont été proposées pour prévenir ou contrer ces conséquences inattendues. Celles-ci seront abordées dans la section suivante.

Sélection des patients en fonction du risque

Parmi les conséquences inattendues potentielles décrites dans la littérature, la sélection des patients en fonction de leur niveau de risque a reçu le plus d'attention^{4,18,19,23-25}. Le rationnel derrière cette pratique est le désir des professionnels de la santé ou des établissements de maintenir des statistiques favorables. Ils choisiraient de traiter des patients dont l'issue de santé est jugée plus favorable et en excluant les patients jugés à haut risque de complications. Cette pratique a pour effet pervers de limiter l'accès aux soins des patients à haut risque, mais qui pourraient bénéficier d'une intervention. Ce phénomène d'aversion au risque a été abondamment discuté dans le domaine de la cardiologie pour les procédures d'intervention coronarienne percutanée et de greffe de pontage coronarien^{37,39,45}.

Manipulation de données par les professionnels de la santé ou les établissements

Lorsque la diffusion publique est liée à des incitatifs financiers (sous forme de primes ou de pénalités) ou encore est implantée dans un système de santé soumis aux lois du libre marché, les professionnels de la santé et les établissements de soins peuvent être tentés d'adopter des stratégies pour donner l'impression d'une amélioration sans qu'il y ait toutefois de réels changements dans le niveau de qualité^{4,5,23-25,32,35}. Cela peut affecter la validité des informations publiées. Différentes stratégies ont été



SPOR
Strategy for Patient-Oriented Research
**EVIDENCE
ALLIANCE**

Strategy for Patient-Oriented Research
SPOR
Putting Patients First

recensées dans la littérature. Par exemple, le « upcoding » vise à attribuer au patient une cote de risque plus élevée qu'elle ne l'est en réalité afin de profiter des modèles d'ajustement en fonction du risque. Ainsi, advenant une issue négative, celle-ci aura moins d'impact sur les statistiques du professionnel de la santé puisqu'elle sera ajustée en fonction du risque initial classé élevé⁵.

Vision en tunnel

Le suivi et la diffusion publique d'indicateurs de qualité peuvent inciter les prestataires de soins et les professionnels de la santé à mettre l'emphase sur les indicateurs qui font l'objet d'une diffusion publique, et ce au détriment d'autres dimensions tout aussi importantes, mais qui ne sont pas mesurées et publiées^{10,21,23,24,29,35,49}. Cela peut se manifester par exemple par l'allocation de ressources financières ou humaines plus importantes pour accroître la performance spécifiquement sur les indicateurs qui sont diffusés publiquement.

Enjeux et bonnes pratiques

Rappel de l'objectif 2

Identifier les modalités de bonnes pratiques et les enjeux concernant la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive.

Sommaire des constats

En bref, les enjeux et les pistes de solutions (bonnes pratiques) sont les suivants :

Enjeux	Pistes de solutions
Validation des données et aversion au risque	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Choisir des indicateurs de processus ou composites ✓ Utiliser une source de données valide (p. ex. base de données clinique) ✓ Diffusion au niveau de l'établissement plutôt qu'au niveau individuel ✓ Systèmes d'audits pour vérifier la validité
Utilité perçue, diffusion accessible et compréhensible	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implication des parties prenantes ✓ Modalités de diffusion
Pouvoir d'agir sur les indicateurs diffusés	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mécanisme de rétroaction
Fardeau additionnel sur les fournisseurs de soins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilisation de systèmes de collecte déjà en place ✓ Mise sur pied d'une plateforme universelle

Quatre enjeux liés à la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins ont été mis en relief dans les revues systématiques identifiées et font aussi l'objet d'attention dans les revues narratives. Il s'agit de 1) la validité des données et l'aversion au risque accrue, 2) l'utilité perçue, la compréhension des données et les façons de les diffuser, 3) le pouvoir d'agir des prestataires de soins de santé et 4) le fardeau additionnel engendré par la diffusion publique. Il est à noter qu'aucun enjeu spécifique aux services sociaux n'a été identifié, ce domaine n'étant pas abordé dans les revues. Comme le domaine de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque est surreprésenté dans la littérature sur la diffusion publique, les enjeux identifiés ont souvent été discutés dans ce contexte de soins précis^{5,28-31,35-39}. À notre avis, il s'agit cependant d'enjeux pertinents tant pour les soins primaires que spécialisés, ainsi que pour les services sociaux.

En réponse à ces quatre enjeux fréquemment soulevés, différents auteurs ont proposé des pistes de solution afin d'améliorer les pratiques de diffusion publique. Il est important de préciser que ces solutions proposées, que l'on peut apparenter à des bonnes pratiques, ne font pas nécessairement l'objet d'un consensus dans la littérature. Elles proviennent davantage du jugement des auteurs des revues



recensées. Bien que certaines associations comme le *American College of Cardiology Foundation* aient publié des lignes directrices qui devraient guider toute démarche de diffusion publique⁴¹, il s'agit davantage de grands principes directeurs que d'un ensemble de bonnes pratiques spécifiques et largement reconnues en matière de diffusion publique.

Cette section est structurée de la façon suivante : chacun des quatre enjeux fait l'objet d'une brève discussion et celle-ci est ensuite suivie d'une présentation des différentes pratiques visant à répondre à l'enjeu.

Enjeu 1 : Validité des données publiées et aversion au risque accrue

Un des arguments pour justifier les initiatives de diffusion publique est que la comparaison de la performance des prestataires de soins peut faciliter un choix éclairé chez les patients. Un deuxième argument est l'idée que la diffusion publique puisse servir de catalyseur à l'amélioration de la qualité des soins de santé et des services sociaux. Cet impact peut s'effectuer à travers trois mécanismes d'action^{6-8,24} : 1) Une fois au fait de leur performance sur les indicateurs de qualité des soins publiés, les prestataires seront intrinsèquement motivés à s'améliorer au bénéfice de leurs patients, 2) le phénomène de comparaison sociale motivera les moins performants à s'améliorer afin de rétablir leur image publique et 3) la diffusion publique augmentera la compétition entre les prestataires pour attirer de nouveaux patients, ou éviter d'en perdre, les forçant ainsi à améliorer la qualité de leurs soins. Or, comme le mentionnent Shahian et coll.³⁶, l'impact potentiellement positif des initiatives de diffusion publique sur la qualité des soins repose largement sur la validité des données publiées. À l'inverse, la publication de données de faible qualité et dont la validité n'est pas démontrée présente des risques comme le désengagement des prestataires de soins et l'orientation des efforts en matière d'amélioration de la qualité sur la base de données erronées⁵⁰. Ceci est sans compter les problèmes éthiques comme la diffusion d'information inexacte au public et une atteinte indue à la réputation des prestataires de soins⁵⁰. Cet enjeu de validité des données fait l'objet de nombreuses discussions dans les revues recensées (p.ex. Shahian et coll.³⁶, Fargen et coll.³⁰ et Dehmer et coll.²⁸, Pronovost et coll.⁵⁰). Différents facteurs peuvent diminuer la validité ou la perception de la validité de ces données et ainsi augmenter la méfiance des prestataires de soins envers les initiatives de diffusion publique et alimenter le phénomène d'aversion au risque accrue.

1.1 Validité des modèles d'ajustement en fonction du risque

Plusieurs des indicateurs utilisés dans le cadre de programmes de diffusion publique de données sur la qualité des soins portent sur des issues de santé des patients (p.ex. taux de mortalité suite à une intervention coronarienne percutanée). Or, tous les professionnels de la santé et les établissements n'ont pas le même profil de clientèle, certains se spécialisant auprès d'une clientèle plus complexe et dont le niveau de risque est plus élevé. Par conséquent, des méthodes d'ajustement en fonction de l'état de santé initial des patients et de leur niveau de risque doivent être appliquées afin de pouvoir comparer de façon équitable la performance des prestataires de soins. Le développement des modèles d'ajustement en fonction du risque pose des défis méthodologiques importants. Certains auteurs doutent de la capacité des modèles à réellement prendre en compte les différences individuelles des patients et fournir



des données comparables^{37,43,44}. Plusieurs enjeux potentiels ont été soulevés notamment par Shahian et coll.³⁸. Par exemple, la robustesse des modèles dépend de la capacité des bases de données à fournir de façon exhaustive de l'information sur les facteurs de risques. Or, ceux-ci sont multiples et ne peuvent pas être adéquatement colligés dans les banques de données. De plus, certains facteurs de risque sont relativement rares et le nombre d'observations n'est donc pas suffisant pour en permettre une modélisation adéquate. Cette incertitude envers la capacité des modèles à prendre en compte le risque initial peut inciter les prestataires de soins à développer une aversion accrue pour les patients à haut risque ou encore des pratiques de manipulation de données comme la surestimation volontaire du niveau de risque initial. Ces enjeux ont été discutés dans la section précédente sur les conséquences inattendues.

1.2 Validité des indicateurs pour refléter adéquatement la performance des prestataires

Un autre enjeu lié à la validité des données est la capacité des indicateurs, utilisés dans un contexte de diffusion de données à un niveau individuel, à mesurer convenablement la qualité des soins prodigués par les prestataires. Trois types d'indicateurs, basés sur le modèle de la qualité de Donabedian, peuvent être mesurés^{27,36}. Les indicateurs de résultats réfèrent aux issues de santé des patients comme les taux de mortalité, de complications ou de réadmissions. Les indicateurs de processus de soins renvoient aux pratiques cliniques utilisées, comme les taux de prescription d'antibiotiques. Les indicateurs de structures visent à mesurer les ressources de l'établissement où les soins sont dispensés, comme le ratio infirmières/patients ou le volume opératoire.

Les indicateurs de résultats sont fréquemment utilisés, notamment dans le domaine de la cardiologie. Dans ce domaine, le taux de mortalité après 30 jours suite à une intervention coronarienne percutanée est l'indicateur le plus rapporté dans les programmes de diffusion publique⁴⁴. Bien que ces issues de santé soient jugées les plus importantes par les patients³⁶, certains remettent en doute leur pertinence pour évaluer la qualité des soins prodigués individuellement par les professionnels de la santé (p.ex. Gupta et coll.⁴³). Plus précisément, les issues de santé des patients dépendent de causes multifactorielles qui vont au-delà de la performance individuelle du professionnel de la santé. Par exemple, les taux de complications ou de mortalité après une chirurgie ne dépendent pas uniquement de la qualité des gestes posés par le chirurgien durant l'opération^{27,51}. Ils sont aussi influencés par le personnel qui entoure le chirurgien pendant l'opération (p.ex. anesthésiste, personnel infirmier), des facteurs de risques du patient, ainsi que de la qualité des soins reçus après l'opération. Il peut ainsi sembler inapproprié de publier des indicateurs de qualité des soins prodigués et d'évaluer les professionnels de la santé sur la base d'indicateurs sur lesquels ils n'ont pas complètement le contrôle⁵¹.

1.3 Pouvoir discriminant des indicateurs

Certains auteurs comme Dunt et coll.¹⁹ remettent en question la capacité d'indicateurs fréquemment utilisés à discriminer adéquatement la performance des professionnels de la santé et des prestataires de soins. Le taux de mortalité en est un exemple. Bien que facile à mesurer et à comprendre, il s'agit d'un événement relativement rare pour lequel la différence entre les établissements risque d'être très faible, ce qui diminue son pouvoir de discrimination, particulièrement dans les milieux avec un faible volume



opérateur^{49,51}. Toujours selon Dunt et coll.¹⁹, d'autres indicateurs seraient préférables comme la présence d'angine de poitrine suite à l'intervention, le taux de revascularisation ou encore des indicateurs de processus de soins (p.ex. taux d'utilisation de l'artère mammaire interne lors du pontage coronarien). Dans un même ordre d'idée, le nombre d'observations (p.ex. le nombre de chirurgies) doit être assez élevé pour assurer une puissance statistique qui permette l'identification d'écarts significatifs à la moyenne⁵¹. Sans un volume suffisant, les résultats démontreront l'absence de différence, ce qui peut ainsi créer un sentiment de complaisance envers le niveau de qualité des soins offerts²⁶⁻²⁷.

Parallèlement au pouvoir discriminatoire des indicateurs, d'autres enjeux de nature méthodologique ont été soulevés dans la littérature (p.ex. Greenhalgh et coll.²¹). Par exemple, certains auteurs critiquent la limite des variables catégorielles par rapport aux variables continues. Shaw et coll. 2015 (cité dans Greenhalgh²¹), mettent en garde contre l'interprétation des variables dichotomiques puisque cela nécessite de définir des valeurs seuil pour comparer les bonnes ou les mauvaises performances. Selon eux, il s'agit souvent d'une distinction arbitraire qui s'effectue sur la base de critères statistiques plutôt qu'à la lumière de critères cliniques appuyés par des données probantes.

Solutions recensées dans la littérature

1. Privilégier des indicateurs de processus ou des indicateurs composites plutôt que des indicateurs de résultats

En raison des réserves associées aux indicateurs de résultats (p.ex. limites des modèles d'ajustement en fonction du risque, faible pouvoir discriminant), certains auteurs comme Gupta et coll.⁴³ recommandent de privilégier des indicateurs de processus. Ceux-ci seraient plus aptes à refléter la qualité des soins prodigués et les résultats de ces indicateurs dépendent moins des caractéristiques individuelles des patients, donnant ainsi aux prestataires un plus grand contrôle sur leurs données de performance. Toutefois, les indicateurs de processus ont également fait l'objet de critiques dans la littérature. La principale critique est la faible corrélation parfois observée entre ces indicateurs et les indicateurs d'issues de santé des patients³⁶. Afin de pallier les limites individuelles des indicateurs de résultats et de processus, des indicateurs composites ont été développés. Il s'agit du type d'indicateurs préconisé par l'*Institute of Medicine* pour fournir un portrait plus exhaustif de la qualité des soins³⁶. Shahian et coll.³⁶ rapportent l'exemple de l'indicateur composite sur les pontages coronariens qui a été développé par la *Society of Thoracic Surgeons*. Celui-ci est composé d'un ensemble de onze indicateurs de résultats et de processus. Son utilisation est très répandue à travers les États-Unis et il est largement accepté par les prestataires, les décideurs et les patients. Par ailleurs, les onze indicateurs qui le composent ont tous été endossés par le *National Quality Forum*, un important organisme américain indépendant dans le domaine du développement et de la validation de mesure de la qualité des soins et de la sécurité des patients. À ce sujet, le *American College of Cardiology Foundation* recommande, dans son deuxième principe directeur vis-à-vis la diffusion publique, d'utiliser uniquement des indicateurs qui ont été officiellement endossés par des organismes indépendants tels que le *National Quality Forum*⁴¹.



2. Utiliser des sources de données valides

Ultimement, la validité d'un indicateur dépend de la validité des données servant à le documenter. Certaines inquiétudes au sujet de la validité des données ont été recensées dans les revues. Par exemple, le site *Web Hospital Compare* qui vise à comparer la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux certifiés par *Medicare*, collige ses données à partir de grandes banques de données administratives³¹. Or, ces banques de données de nature administrative puisent leurs informations à partir des données de facturation des prestataires de soins et certains remettent en doute leur capacité à refléter adéquatement la qualité des soins^{31,38,45,50}. Les banques de données cliniques conçues spécifiquement pour la mesure de la qualité des soins sont largement préférées^{28,31,38,45}. Il s'agit d'ailleurs d'une position officielle émise par l'*American College of Cardiology Foundation* dans ses principes directeurs sur la diffusion publique⁴¹. Dehmer et coll.²⁸ rapportent quatre avantages liés aux registres cliniques : 1) Ils reflètent mieux la qualité des soins, 2) Ils procurent des données plus rapidement que les banques de données administratives, ce qui permet de refléter ainsi la qualité actuelle des soins et d'orienter en temps opportun les initiatives d'amélioration de la qualité, 3) Ils peuvent être intégrés directement au système électronique de dossiers médicaux, 4) Leur administration (collecte, validation et analyse des données) peut être chapeauté par les associations professionnelles des diverses spécialités médicales (p.ex. *Society of Thoracic Surgeons* aux États-Unis) dont la mission est l'éducation et l'amélioration de la qualité des soins. Aux États-Unis, quelques registres cliniques existent, mais leur disponibilité varie beaucoup en fonction des spécialités³⁶. Des exemples dans le domaine de la cardiologie sont le *National Cardiovascular Data Registry* (<https://cvquality.acc.org/NCDR-Home>) et le *Society of Thoracic Surgeons National Database* (<https://www.sts.org/registries-research-center/sts-national-database>). Selon Young et Yeh⁵, le développement de registres cliniques de haute qualité devrait être une des priorités pour accroître l'impact de la diffusion publique.

3. Privilégier une diffusion au niveau de l'établissement plutôt qu'au niveau individuel.

Alors que certains jugent préférable la diffusion de données de qualité agrégées au niveau de l'établissement, d'autres préfèrent la publication de données individuelles. Ceux-ci ont comme arguments l'imputabilité accrue et l'influence sur le choix des patients, mais ces arguments ne sont pas toujours appuyés par la littérature. La revue de Shahian et coll.³⁸ rapporte différents arguments en faveur d'une diffusion de données agrégées au niveau de l'établissement. Premièrement, la publication de données au niveau individuel peut potentiellement favoriser le phénomène d'aversion accrue au risque puisque l'impact d'une issue négative (p.ex. un décès) sur les statistiques d'un individu est supérieur en raison du plus faible volume d'intervention. Deuxièmement, si la diffusion publique a pour objectif d'améliorer la qualité des soins, les données devraient logiquement être publiées à l'échelle de l'établissement puisque c'est à ce niveau que la majorité des initiatives d'amélioration continue de la qualité des soins sont entreprises. Ces données devraient donc pouvoir servir à l'établissement pour cibler les efforts d'amélioration. Troisièmement, la qualité des soins dispensés dépend d'une multitude d'acteurs au sein de l'établissement et il apparaît inapproprié d'en faire porter la responsabilité sur un seul médecin, même s'il a un rôle important. Pour cette raison, l'*American College of Cardiology Foundation*, dans son cinquième principe directeur sur la diffusion publique, soutient que la diffusion devrait se faire au bon



niveau d'imputabilité, c'est-à-dire au niveau de l'établissement. Finalement, certains mettent en garde contre une conséquence potentielle de la diffusion publique de données individuelles : celles-ci peuvent être utilisées de façon sensationnaliste par la population et les médias dans le but de condamner publiquement les médecins dont les données reflèteraient une qualité de soins sous-optimale (« *naming and shaming* »)^{29,51}. Ceci va à l'encontre de l'objectif visé, soit l'amélioration de la qualité des soins et pourrait contribuer à l'effritement de la confiance collective envers le système de santé⁵¹.

4. Avoir un système d'audits indépendant pour vérifier la validité des données

Face aux différents enjeux de validité soulevés, la mise sur pied d'un système d'audits est jugée cruciale pour évaluer la qualité des données publiées et augmenter la confiance des prestataires de soins envers les initiatives de diffusion publique^{27,36,38,50}. Un exemple est le système d'audits annuels du *Society of Thoracic Surgeons National Database* dans lequel 10% des sites participants font l'objet de vérifications aléatoires pour déterminer la précision, la constance et l'exhaustivité des données soumises. La mise sur pied d'un mécanisme d'audits soulève deux importantes considérations, soit la détermination de l'organisation responsable du processus d'audits et la détermination de l'organisation responsable de la fiabilité des données lorsque l'organisme émetteur est différent de celui qui collige les données.

Enjeu 2 : Utilité perçue, diffusion et compréhension des données diffusées

Pour que les mécanismes de diffusion publique puissent atteindre l'objectif d'accroître la transparence face aux patients tout en leur permettant de faire des choix de santé éclairés, les données doivent être facilement accessibles au public. Toutefois, selon Faber et coll.²⁰, différentes études rapportent que la population ignore souvent la disponibilité des données issues des programmes de diffusion publique, mettant ainsi en relief les lacunes dans les mécanismes de diffusion d'informations. Ces stratégies de diffusion, dites passives, ne semblent pas répondre à leur objectif.

Par ailleurs, lorsque ces données parviennent à l'attention du public, celles-ci sont généralement difficiles à comprendre pour la population (p.ex. utilisation de jargon, interprétation difficile, utilisation de statistiques, etc.)^{18,20,25,27,35}. Dans une province comme le Québec où 19% et 21% de la population âgée entre 16 et 65 ans a respectivement un faible niveau de littéracie et de numéracie, les enjeux de compréhension de l'information des données semblent des plus importants (Institut de la statistique du Québec⁴⁶).

Au-delà des enjeux de compréhension des données et ceux liés à la manière de les diffuser, la pertinence et l'impact potentiel des initiatives de diffusion publique dépendent fortement de l'utilité perçue de l'information. Comme le souligne la *Society for Cardiac Angiography and Interventions*, la diffusion publique devrait porter sur de l'information qui répond adéquatement aux préoccupations et aux enjeux importants aux yeux de la population⁴⁴.

Solutions recensées dans la littérature

1. Implication des parties prenantes

Plusieurs des revues consultées rappellent l'importance d'impliquer davantage les parties prenantes dans l'élaboration des mécanismes de diffusion publique afin que les mesures utilisées et l'information publiée soient utiles et crédibles aux yeux des utilisateurs^{5,9,19,22,33,34,45,50}. Un exemple d'implication des parties prenantes dans le domaine est le *National Quality Forum*. Celui-ci a, entre autres, pour rôle de recommander et d'endosser des indicateurs de qualité des soins pour des programmes de diffusion publique. Chaque indicateur endossé a été choisi par consensus à la suite d'une démarche de collaboration et de consultation auprès de parties prenantes. Chaque type de parties prenantes offrait une perspective unique : experts de contenu, experts de la mesure, professionnels de la santé, patients, décideurs, assureurs, etc. Bien que désirable, l'implication des parties prenantes présente des difficultés. En effet, la population générale peut avoir une représentation très différente de la qualité des soins de celle des professionnels de la santé ou d'un public expert. Ces différences se reflètent dans la diversité des indicateurs jugés importants par chacun²⁸. Dans un contexte américain, les indicateurs de qualité jugés les plus importants pour la population générale sont l'accessibilité aux services, les coûts abordables et la qualification des prestataires²⁸. De leur côté, les prestataires de soins ont besoin d'indicateurs plus techniques qui mesurent des aspects précis des soins prodigués afin d'obtenir une rétroaction spécifique pouvant mener à des actions ciblées. Or, ces indicateurs plus spécialisés, souvent favorisés dans les mécanismes de diffusion publique en place actuellement aux États-Unis, présentent d'importantes difficultés de compréhension et d'interprétation pour la population générale²⁸. On peut y voir une confrontation entre deux objectifs qui sous-tendent la diffusion publique : d'une part l'amélioration de la qualité qui nécessite des mesures spécialisées utiles aux prestataires et, d'autre part, la transparence auprès du public qui nécessite une information digeste et facilement accessible.

2. Modalités de diffusion

Les revues systématiques abordaient généralement peu les questions liées à la façon de présenter la diffusion publique afin d'en faciliter l'accessibilité et la compréhension. L'AHRQ a néanmoins publié une série de trois rapports (inclus dans la littérature grise, Hibbard 2010, Soafer 2010 et Soafer 2010) spécifiquement sur le sujet. La revue systématique de Kurtzman et Greene⁴⁷ qui examine les façons de présenter l'information sur la qualité des soins aux patients s'avère aussi pertinente. Une exploration des bonnes pratiques en matière de communication d'information scientifique au public à partir de ces sources d'informations va au-delà de l'objectif de cette revue. Cependant, deux éléments de réponse pertinents sont rapportés dans les revues systématiques :

- a) Les initiatives de diffusion publique sont de plus en plus nombreuses aux États-Unis et proviennent tant du public que du privé. Malheureusement, il n'existe aucune standardisation dans les façons de colliger et d'analyser les données, ainsi que dans les façons de les présenter au public, ce qui favorise la confusion. La standardisation des mécanismes de diffusion publique entre les programmes issus des différentes spécialités médicales devrait être une priorité^{5,27}. Il s'agit



d'ailleurs du quatrième principe directeur de l'*American College of Cardiology Foundation* face à la diffusion publique⁴¹.

- b) L'éducation de la population sur la signification de ces données, la façon dont elles ont été colligées ainsi que leurs limites doit faire partie intégrante des initiatives de diffusion publique^{33,38,49}. Shahian et coll.³⁸ soutiennent également que l'éducation des prestataires de soins sur ces mêmes enjeux est tout aussi importante pour diminuer leur méfiance et favoriser l'acceptabilité de la diffusion publique.

Enjeu 3 : Pouvoir d'agir sur les indicateurs diffusés

Plusieurs des enjeux discutés dans les revues concernent les données publiées et les façons d'augmenter leur pertinence et leur validité. La publication de données valides et pertinentes à l'aide de mécanismes qui minimisent les conséquences potentiellement négatives représente assurément un enjeu incontournable. Il ne s'agit toutefois que d'un premier pas vers une potentielle amélioration de la qualité des soins. Comme le démontrent les résultats de cette revue, les initiatives de diffusion publique ont actuellement un impact mitigé sur la qualité des soins. La simple publication des données est insuffisante pour qu'elles aient un impact significatif sur la qualité. Plutôt, il y a lieu de s'interroger sur la manière dont la diffusion publique peut s'inscrire dans une démarche globale d'amélioration de la qualité. Cet enjeu est moins abordé dans les revues systématiques, mais Behrent et coll.⁴, Dehmer et coll.²⁸ Chou et coll.²⁷ et Burns et coll.²⁶ en discutent brièvement.

Solution recensée dans la littérature

1. Mécanisme de rétroaction

Ces auteurs rappellent les limites d'une diffusion passive de l'information et l'importance d'utiliser des mécanismes de rétroaction pour maximiser son impact^{4,26-28}. Behrendt et coll.⁴ soulèvent une question importante : est-ce que les initiatives de diffusion publique prévoient des mécanismes d'accompagnement permettant aux prestataires de soins présentant une qualité de soins inférieure aux standards d'identifier les causes du problème et de mettre sur pied des solutions pour y remédier ? À ce sujet, Behrendt et coll.⁴ soulignent la pertinence d'un organisme assurant la liaison entre les prestataires de soins et les entités responsables de la diffusion publique.

Enjeu 4 : Fardeau additionnel sur les prestataires de soins

Un autre enjeu de la diffusion publique est l'ajout d'un fardeau additionnel sur les prestataires de soins, autant chez les professionnels de la santé que les établissements. En effet, la mise sur pied d'un programme de diffusion publique amène avec elle son lot de besoins au niveau des ressources humaines et du soutien technologique²². Une étude identifiée dans la revue de Mukamel et coll.²³ a notamment rapporté que le coût relié à l'implantation d'un programme de diffusion publique, pour huit cliniques en soins primaires, s'est élevé jusqu'à 11 000\$ par binôme médecin et infirmière et que le coût de maintenance annuelle pouvait se chiffrer jusqu'à 4 300\$ par binôme médecin et infirmière. À noter que



selon le nombre de professionnels touchés par la diffusion publique ainsi que le système de collecte de données choisi, le coût et les ressources nécessaires peuvent sensiblement varier d'un milieu à l'autre.

La collecte, la gestion et la diffusion des données au grand public doivent être soigneusement planifiées en termes de coûts et de fardeau sur le personnel et doivent être adaptées selon la capacité des milieux. Pour faire face à cet enjeu, certaines stratégies ont été soulevées dans la littérature.

Solutions recensées dans la littérature

1. Utilisation de systèmes de collecte de données déjà en place

Une de ces stratégies est la possibilité d'utiliser des systèmes de collectes de données déjà en place pour limiter le fardeau additionnel placé sur les prestataires de soins et réduire significativement leur coût d'implantation et de maintenance. Tout comme le soulèvent Mukamel et coll.²³, un équilibre doit être trouvé entre s'assurer de la qualité et de l'utilité des données et minimiser le fardeau et le coût pour les prestataires de soins.

2. Mise sur pied d'une plateforme universelle pour la diffusion publique

La standardisation du type de données collectées et la façon de produire des rapports par l'utilisation d'une plateforme universelle sont une autre possibilité. Par exemple, il peut s'agir de mettre sur pied une base de données ou un registre national où les données sont uniformisées et traitées de façon à ce qu'elles puissent être comparables d'un milieu à l'autre et à différents niveaux (p. ex. provincial, national). De telles bases existent aux États-Unis, notamment le *Society of Thoracic Surgeons Database* ou le *National Cardiovascular Data Registry*⁴¹. En rendant le processus uniforme, il est possible de réduire en partie la charge administrative tout en créant plus de légitimité et de crédibilité auprès du public et des professionnels de la santé⁵. Cette standardisation doit cependant se faire dans une optique d'efficacité en visant aussi à réduire le fardeau de ceux qui font le travail de saisie de données. En effet, comme le souligne Garratt et coll.⁴², une réflexion attentive doit être réalisée autour des indicateurs les plus importants à colliger et de retirer ceux ayant moins d'utilité pour mesurer la qualité des soins. Une plateforme commune nécessite cependant une collaboration entre les différents acteurs-clés, en plus de la mise sur pied de standards et de définitions communes au niveau des indicateurs^{41,42}.



Discussion

L'impact de la diffusion publique sur les variables rapportées dans les revues s'avère mitigé. En effet, les études primaires incluses dans les revues consultées rapportent souvent un faible impact, voir l'absence d'impact. Lorsqu'un impact positif est rapporté, celui-ci semble limité à un nombre restreint d'indicateurs. L'inconstance des résultats d'une étude à l'autre est également à noter. La littérature présente ainsi peu de données probantes permettant de conclure avec confiance sur la pertinence de la diffusion publique à l'égard de l'amélioration de la qualité des soins. Par ailleurs, la présence d'effets négatifs, comme une aversion accrue pour le risque chez les prestataires de soins, est abondamment discutée dans la littérature, bien qu'il existe peu de données probantes qui permettent de les quantifier.

Ces résultats apparaissent étonnants dans un contexte où il existe une croissance du nombre d'initiatives de diffusion publique aux États-Unis. Comme le notent McDaniel et Rab³¹, plusieurs observateurs s'entendent pour affirmer que la diffusion publique est là pour rester, indépendamment des données d'efficacité mitigées. L'enjeu principal, discuté surtout aux États-Unis, n'est donc plus de déterminer s'il faut faire de la diffusion publique, mais bien de trouver des mécanismes et des façons de faire pour augmenter son utilité pour les différentes parties prenantes et son impact sur la qualité des soins, tout en minimisant les conséquences négatives potentielles.

La littérature consultée fait état de différents enjeux auxquels font face les programmes de diffusion publique aux États-Unis. Il s'agit de la publication de données valides, utiles, dans un format qui facilite leur compréhension, le pouvoir d'agir des prestataires de soins afin d'améliorer la qualité des soins et finalement le fardeau additionnel que peuvent imposer les mécanismes de diffusion publique sur les prestataires. Afin de répondre à ces problématiques, différentes pistes de solution sont proposées, mais il n'existe pas de consensus sur les meilleures modalités.

L'applicabilité de ces résultats au contexte canadien s'avère complexe. La majorité des études ont été réalisées aux États-Unis où il existe d'importantes différences avec le système de santé canadien, dont la principale est la présence du secteur privé, engendrant ainsi une compétition parmi des prestataires de soins pour conserver leurs patients et en attirer de nouveau. C'est pourquoi la population américaine a généralement une liberté plus grande de choix de prestataire de soins. Dans ce modèle de soins davantage axé sur le consumérisme, il apparaît cohérent de justifier la diffusion publique de données de qualité en évoquant notamment le choix éclairé des clients. Cependant, dans notre système de santé public où la population a sensiblement moins de marge de manœuvre quant au choix d'un prestataire de soins, cet argument perd de son sens. La compétition pour les parts de marché qui existe dans le système de santé américain a également été utilisée pour justifier la pertinence de la diffusion publique comme stratégie d'amélioration de la qualité : les prestataires doivent présenter des statistiques optimales afin de conserver leurs parts de marché et éviter une atteinte à leur réputation^{6,7,24}. Ce mécanisme de changement n'est évidemment pas applicable dans notre système de santé. Ainsi, le mécanisme de changement qui aurait potentiellement une influence sur la qualité des soins est le deuxième proposé, soit la motivation intrinsèque des prestataires pour offrir les meilleurs soins



possibles^{6,7,24}. D'autres alternatives à la diffusion publique existent et sont susceptibles de répondre à ce mécanisme. Comme le soulève Burns et coll.²⁶, la mesure et la diffusion d'indicateurs de qualité comme étape essentielle à une démarche d'amélioration continue peuvent être réalisées à l'interne. À ce sujet, les conclusions d'une revue rapide de l'*Institute of Health Economics* en Alberta indiquent que le *benchmarking* serait une alternative potentielle à la diffusion publique pour améliorer la qualité des soins dans le domaine de la cardiologie⁴⁸. Le *benchmarking* est un processus par lequel les établissements (ou une autre unité de comparaison) sont comparés entre eux sur un ensemble d'indicateurs de qualité, sans que les résultats ne soient disponibles au public. Il s'agit d'une démarche itérative continue qui permet aux établissements d'obtenir une rétroaction sur leur performance, tout en identifiant des pistes de solutions dont les effets seront ensuite mesurés. Plus d'études sur le *benchmarking* sont cependant nécessaires, notamment sur l'exploration des conséquences inattendues de cette pratique ainsi que l'impact du *benchmarking* comparativement celui de la diffusion publique.

Ces différents éléments soulèvent une question centrale : quelle est la pertinence de la diffusion publique dans notre système de santé ? Il serait tentant de conclure à l'absence de pertinence en raison du faible impact observé sur la qualité des soins, et ce particulièrement dans les systèmes non compétitifs. Cependant, au-delà de l'impact sur la qualité et le choix des patients, il peut y avoir d'autres incitatifs à la diffusion publique, notamment une plus grande transparence auprès du public, ce qui est en soi désirable. L'atteinte de cet objectif nécessite toutefois l'implication du public afin de produire de l'information compréhensible qui réponde à un besoin réel.



Limites

Il existe certaines limites inhérentes au devis de revue de revues, et la nôtre n'en fait pas exception. Une revue de revues est limitée par 1) le niveau de détails rapportés par les auteurs des revues, 2) le niveau de robustesse méthodologique des revues, 3) le processus d'analyse de la qualité des études primaires réalisé par les auteurs et 4) la possibilité que les études primaires se répètent d'une revue à l'autre. En effet, tout comme le soulève notre évaluation AMSTAR 2, les revues incluses ont un faible niveau de qualité. Ceci est en partie dû au fait que pour près de la moitié des revues les auteurs n'ont pas réalisé d'analyse de risques des biais des études primaires ou n'en ont pas tenu compte de manière appropriée dans leurs analyses ou leurs interprétations. De plus, les auteurs rapportaient peu de détails sur les mécanismes et les modalités des interventions de diffusion publique.

Outre les limites inhérentes au devis choisi, il est possible que notre stratégie de recherche ait manqué certaines revues pertinentes, étant donné que nous nous intéressions à un champ d'application très vaste. Pour limiter ce risque, plusieurs stratégies ont été mises en place, notamment la recherche en amont et en aval des références et le repérage de documents complémentaires. De plus, aucune revue portant spécifiquement sur la diffusion publique d'informations sur la qualité des services sociaux n'a été repérée dans la littérature, et ce, malgré l'ajout de vocabulaire contrôlé en lien avec les services sociaux dans nos stratégies de recherche. Cependant, certaines études primaires portaient sur la diffusion publique en lien avec les résidences pour personnes âgées aux États-Unis.

Finalement, il faut noter que les interventions incluses par les revues étaient des interventions parfois complexes (composantes multiples) et qui pouvaient sensiblement différer d'une étude primaire à l'autre. Les résultats de cette revue doivent donc être interprétés avec prudence.



Conclusion

Cette revue visait à identifier l'impact (avantages et inconvénients), les enjeux et les bonnes pratiques concernant la diffusion publique d'informations sur la qualité des soins de santé et des services sociaux visant l'amélioration continue de la qualité et la pratique réflexive. Les résultats démontrent que les preuves de l'efficacité de la diffusion publique sont plutôt faibles, et ce, même après plus de 20 ans depuis la mise sur pied des premiers programmes de diffusion publique. De plus, actuellement, il n'y a pas de consensus sur les modalités de bonnes pratiques de diffusion publique.

Certaines conséquences inattendues peuvent survenir, comme une diminution de l'accès aux soins et aux services par la sélection adverse, la manipulation des données et la vision en tunnel. Dans nos recherches, nous avons pu identifier une série d'enjeux à considérer lors de l'implantation d'un programme de diffusion publique et certaines pistes de solutions pour tenter de les prévenir et d'y répondre. De plus, quelques facteurs sont susceptibles de modérer l'impact de la diffusion publique, notamment l'existence d'un grand écart de performance entre les prestataires de soins, le type de système de santé et la présence d'incitatifs financiers.

Puisque la majorité des études identifiées ont été réalisées aux États-Unis, l'applicabilité de nos résultats au contexte canadien s'avère complexe. Il y a donc un urgent besoin de réaliser de nouvelles études au Canada et au Québec afin de mieux cibler, parmi les enjeux et pistes de solutions identifiées, lesquels s'appliquent particulièrement au contexte canadien.



Références

1. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007;16(1):2-3.
2. Moqadem K. *Systèmes apprenants et maladies chroniques*. Québec : Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS);2019.
3. Metcalfe D, Diaz A, Olufajo O, et al. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;9(9).
4. Behrendt K, Groene O. Mechanisms and effects of public reporting of surgeon outcomes: A systematic review of the literature. *Health Policy*. 2016;120(10):1151-1161.
5. Young NM, Yeh WR. Public reporting and coronary revascularization: risk and benefit. *Coronary Artery Dis*. 2014;25(7):619-626.
6. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Med Care*. 2003;41(1):I-30-I-38.
7. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affair*. 2005;24(4):1150-1160.
8. Davies HTO. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. *Qual Health Care*. 2001;10(2):104-110.
9. Campanella P, Vukovic V, Parente P, Sulejmani A, Ricciardi W, Specchia ML. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:296.
10. Haustein T, Gastmeier P, Holmes A, et al. Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries. *The Lancet Infect Dis*. 2011;11(6):471-481.
11. Becker LA, Oxman AD. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series - Chapter 22 Overviews of reviews*. The Cochrane Collaboration; 2008.
12. Hunt H, Pollock A, Campbell P, Estcourt L, Brunton G. An introduction to overviews of reviews: planning a relevant research question and objective for an overview. *Syst Rev*. 2018;7(1):39.
13. Pollock A, Campbell P, Brunton G, Hunt H, Estcourt L. Selecting and implementing overview methods: implications from five exemplar overviews. *Syst Rev*. 2017;6(1):145.
14. Smith V, Devance D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11(15).
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group atP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(4):264-269.
16. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:j4008.
17. Berger ZD, Joy SM, Hutfless S, Bridges JFP. Can public reporting impact patient outcomes and disparities? A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2013;93(3):480-487.
18. de Cordova P, Riman K. The Effect of Public Reporting on Cardiac Outcomes for Acute Myocardial Infarction Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Nurs Res*. 2017;66(2):115-123.
19. Dunt D, Prang K-H, Sabanovic H, Kelaher M. The Impact of Public Performance Reporting on Market Share, Mortality, and Patient Mix Outcomes Associated With Coronary Artery Bypass Grafts and Percutaneous Coronary Interventions (2000–2016): A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Care*. 2018;56(11):956-966.



20. Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information?: A Systematic Review. *Med Care*. 2009;47(1):1-8.
21. Greenhalgh J, Dalkin S, Gooding K, et al. Functionality and feedback: a realist synthesis of the collation, interpretation and utilisation of patient-reported outcome measures data to improve patient care. *Health Services and Delivery Research*. 2017;5(2):1-280.
22. Lemire M, Demers-Payette O, Jefferson-Falardeau J. Dissemination of performance information and continuous improvement. *J Health Organ Manag*. 2013;27(4):449-478.
23. Mukamel DB, Haeder SF, Weimer DL. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Health Care Quality: The Impacts of Regulation and Report Cards. *Annu Rev Publ Health*. 2014;35(1):477-497.
24. Totten AM, Wagner J, Tiwari A, O'Haire C, Griffin J, Walker M. Closing the quality gap: revisiting the state of the science (Vol. 5: public reporting as a quality improvement strategy). *Evidence report/technology assessment*. 2012.
25. Vukovic V, Parente P, Campanella P, Sulejmani A, Ricciardi W, Specchia ML. Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review. *Eur J Public Health*. 2017;27(6):972-978.
26. Burns EM, Pettengell C, Athanasiou T, Darzi A. Understanding The Strengths And Weaknesses Of Public Reporting Of Surgeon-Specific Outcome Data. *Health affair*. 2016;35(3):415.
27. Chou E, Abboudi H, Shamim Khan M, Dasgupta P, Ahmed K. Should surgical outcomes be published? *J Roy Soc Med*. 2015;108(4):127-135.
28. Dehmer GJ, Drozda JP, Brindis RG, et al. Public Reporting of Clinical Quality Data. *J Am Col Cardiol*. 2014;63(13):1239-1245.
29. Exworthy M, Smith G, Gabe J, Rees Jones I. Disclosing clinical performance: the case of cardiac surgery. *J Health Organ Manag*. 2010;24(6):571-583.
30. Fargen KM, West JL, Mocco J. Lifting the veil on stroke outcomes: revisiting stroke centers' transparency through public reporting of metrics. *Journal of NeuroInterventional Surgery*. 2018;10(9):839-842.
31. McDaniel MC, Rab ST. Public Reporting in ST Segment Elevation Myocardial Infarction. *Interv Cardiol Clin*. 2016;5(4):561-567.
32. Minami AC, Dahlke YA, Bilimoria YK. Public Reporting in Surgery: An Emerging Opportunity to Improve Care and Inform Patients. *Anna Surg*. 2015;261(2):241-242.
33. O'neill E, Humphreys H. Use of surveillance data for prevention of healthcare-associated infection: risk adjustment and reporting dilemmas. *Curr Opin Infect Dis*. 2009;22(4):359-363.
34. Roland M, Dudley RA. How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care. *Health Serv Res*. 2015;50(6):2090-2115.
35. Shahian DM, Edwards FH, Jacobs JP, et al. Public Reporting of Cardiac Surgery Performance: Part 1—History, Rationale, Consequences. *Ann Thorac Surg*. 2011;92(3):S2-S11.
36. Shahian DM, Edwards FH, Jacobs JP, et al. Public Reporting of Cardiac Surgery Performance: Part 2—Implementation. *Ann Thorac Surg*. 2011;92(3):S12-S23.
37. Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, D'agostino RS, Bavaria JE, Prager RL. Risk Aversion and Public Reporting. Part 1: Observations From Cardiac Surgery and Interventional Cardiology. *Ann Thorac Surg*. 2017;104(6):2093-2101.
38. Shahian DM, Jacobs JP, Badhwar V, D'agostino RS, Bavaria JE, Prager RL. Risk Aversion and Public Reporting. Part 2: Mitigation Strategies. *Ann Thorac Surg*. 2017;104(6):2102-2110.
39. Wadhera R, Anderson J, Yeh R. High-Risk Percutaneous Coronary Intervention in Public Reporting States: the Evidence, Exclusion of Critically Ill Patients, and Implications. *Curr Heart Fail Rep*. 2017;14(6):514-518.



40. Dehmer GJ, Jennings J, Madden RA, et al. The National Cardiovascular Data Registry Voluntary Public Reporting Program: An Interim Report From the NCDR Public Reporting Advisory Group. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67(2):205-215.
41. Drozda JP, Jr., Hagan EP, Mirro MJ, Peterson ED, Wright JS, American College of Cardiology Foundation Writing C. ACCF 2008 health policy statement on principles for public reporting of physician performance data: A Report of the American College of Cardiology Foundation Writing Committee to develop principles for public reporting of physician performance data. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(20):1993-2001.
42. Garratt KN, Weintraub WS. Public Reporting III: Improving the Value of Public Physician Quality Information. *Circulation.* 2018;137(22):2318-2320.
43. Gupta A, Yeh RW, Tamis-Holland JE, et al. Implications of Public Reporting of Risk-Adjusted Mortality Following Percutaneous Coronary Intervention: Misperceptions and Potential Consequences for High-Risk Patients Including Nonsurgical Patients. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016;9(20):2077-2085.
44. Klein LW, Harjai KJ, Resnic F, et al. 2016 Revision of the SCAI position statement on public reporting. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2017;89(2):269-279.
45. Wasfy JH, Borden WB, Secemsky EA, McCabe JM, Yeh RW. Public reporting in cardiovascular medicine: accountability, unintended consequences, and promise for improvement. *Circulation.* 2015;131(17):1518-1527.
46. Desrosiers H, Nanhou V, Ducharme A, Cloutier-Villeneuve L, Gauthier M-A, Labrie M-P. *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clés pour relever les défis du XXIe siècle. Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).* Québec :Institut de la statistique du Québec;2015.
47. Kurtzman ET, Greene J. Effective presentation of health care performance information for consumer decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2016;99(1):36-43.
48. Craig R, Moga C, Guo B, Chojecki D. *The impacts of public reporting and external benchmarking in cardiac care: A rapid update of the literature.* Edmonton: Institute of Health Economics; 2017
49. Gallagher MP, Krumholz HM. Public reporting of hospital outcomes: a challenging road ahead. *Med J Aus.* 2011; 194: 658-660.
50. Pronovost PJ, Austin JM, Cassel CK, Delbanco SF, Jha AK, Kocher B, McGlynn EA, Sandy LG, Santa J. *Fostering transparency in outcomes, quality, safety and costs: a vital direction for health and health care.* NAM perspectives. Discussion paper, Washington, DC. National Academy of Medicine;2015.
51. Radford PD, Derbyshire LF, Shalhoub J, Fitzgerald JEF. Publication of surgeon specific outcome data:a review of implementation, controversies and the potential impact on surgical training. *Int J Surg.* 2015; 13(C): 211-216.

ANNEXE 1

Stratégies de repérage dans les bases de données bibliographiques



Public Reporting – QI
Final Strategies
2019 Aug 31

MEDLINE

Database: Ovid MEDLINE: Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE® Daily and Ovid MEDLINE® <1946-Present>
Search Strategy:

-
- 1 exp Quality Improvement/ (22034)
 - 2 exp Quality Indicators, Health Care/ (19942)
 - 3 exp *Quality Assurance, Health Care/ (144030)
 - 4 exp *"Health Care Quality, Access, and Evaluation"/ (1417021)
 - 5 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 quality).tw,kf. (28870)
 - 6 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 assess*).tw,kf. (7665)
 - 7 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 assur*).tw,kf. (806)
 - 8 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 evaluat*).tw,kf. (5809)
 - 9 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 improv*).tw,kf. (29296)
 - 10 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 (rate or rated or rates or rating?)).tw,kf. (2984)
 - 11 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 report card?).tw,kf. (87)
 - 12 (quality adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*).tw,kf. (237636)
 - 13 (performance* adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*).tw,kf. (140431)
 - 14 (service? adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*).tw,kf. (22673)
 - 15 exp Patient Care/ (920573)
 - 16 exp Patient Safety/ (17540)
 - 17 (patient? adj2 safe*).tw,kf. (41835)
 - 18 exp Patient Satisfaction/ (84985)
 - 19 (patient? adj2 (prefer* or priorit* or satisf* or value or values)).tw,kf. (88549)
 - 20 or/1-19 [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE] (2599464)
 - 21 (public\$2 adj3 report*).tw,kf. (8001)
 - 22 report card?.tw,kf. (1584)
 - 23 score card?.tw,kf. (157)
 - 24 20 and (21 or 22 or 23) [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE - PUBLIC REPORTING (TARGETED)] (3401)
 - 25 Benchmarking/ (12735)
 - 26 (benchmark* or bench mark*).tw,kf. (37390)
 - 27 exp Data Collection/ (2057557)
 - 28 (data adj2 (acquir* or analys* or analyz* or collect* or compil* or gather* or interpret* or interrogat* or manag*).tw,kf. (561717)
 - 29 Patient Reported Outcome Measures/ (3690)
 - 30 (patient? adj2 report* adj3 outcome?).tw,kf. (18388)
 - 31 (patient? adj2 outcome? adj3 assess*).tw,kf. (4811)



- 32 (PROM or PROMs).tw,kf. (3563)
- 33 (survey* or questionnaire*).ti,kf. (183973)
- 34 sn.fs. [statistics & numerical data - floating subheading] (871901)
- 35 st.fs. [standards - floating subheading] (688833)
- 36 exp Community Health Services/sn, st (40945)
- 37 exp Social Welfare/sn, st (4588)
- 38 exp Social Work/sn, st (1280)
- 39 exp *Delivery of Health Care/sn, st (84442)
- 40 exp *Health Facilities/sn, st (92971)
- 41 exp Quality of Health Care/sn, st (169355)
- 42 or/25-41 [DATA COLLECTION/STANDARDS/STATISTICS] (3533567)
- 43 Access to Information/ (6146)
- 44 Information Dissemination/ (15621)
- 45 Communication/ (80340)
- 46 Consumer Health Information/ (3460)
- 47 ((data or information) adj3 (access* or communicat* or disseminat* or distribut* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw,kf. (175299)
- 48 (public* adj3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw,kf. (12725)
- 49 (open* adj3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw,kf. (18111)
- 50 exp Disclosure/ (31001)
- 51 disclos*.tw,kf. (70285)
- 52 Feedback/ (29184)
- 53 feedback*.tw,kf. (130540)
- 54 Publishing/ (27966)
- 55 publish*.ti,kf. (15105)
- 56 (public\$2 adj3 report*).tw,kf. (8001)
- 57 (assessment* adj3 report*).tw,kf. (8526)
- 58 (evaluat* adj3 report*).tw,kf. (17376)
- 59 ((healthcare or health care) adj3 report*).tw,kf. (4789)
- 60 (health system? adj3 report*).tw,kf. (271)
- 61 (hospital* adj3 report*).tw,kf. (11318)
- 62 (outcome* adj3 report*).tw,kf. (52222)
- 63 (performance* adj3 report*).tw,kf. (7185)
- 64 (service? adj3 report*).tw,kf. (4641)
- 65 (patient? adj2 (outcome? or prefer* or priorit* or satisf* or value or values) adj3 report*).tw,kf. (19954)
- 66 or/43-65 [REPORTING] (660572)
- 67 20 and 42 and 66 [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE - DATA COLLECTION/STANDARDS - REPORTING] (101342)
- 68 24 or 67 (102571)
- 69 systematic review.pt. (111648)
- 70 exp systematic reviews as topic/ (2475)
- 71 meta analysis.pt. (104292)
- 72 exp meta-analysis as topic/ (18112)



- 73 (meta-analy* or metanaly* or metaanaly* or met analy* or integrative research or integrative review* or integrative overview* or research integration or research overview* or collaborative review*).tw,kf. (159187)
- 74 (systematic review* or systematic overview* or evidence-based review* or evidence-based overview* or (evidence adj3 (review* or overview*)) or meta-review* or meta-overview* or meta-synthes* or rapid review* or "review of reviews" or umbrella review? or technology assessment* or HTA or HTAs).tw,kf. (196788)
- 75 exp Technology assessment, biomedical/ (10783)
- 76 (cochrane or health technology assessment or evidence report or systematic reviews).jw. (18803)
- 77 (network adj (MA or MAs)).tw,kf. (6)
- 78 (NMA or NMAs or MTC or MTCs or MAIC or MAICs).tw,kf. (6521)
- 79 indirect* compar*.tw,kf. (1771)
- 80 (indirect treatment* adj1 compar*).tw,kf. (218)
- 81 (mixed treatment* adj1 compar*).tw,kf. (470)
- 82 (multiple treatment* adj1 compar*).tw,kf. (160)
- 83 (multi-treatment* adj1 compar*).tw,kf. (0)
- 84 simultaneous* compar*.tw,kf. (1019)
- 85 mixed comparison?.tw,kf. (27)
- 86 ((scoping or rapid) adj review?).tw,kf. (4768)
- 87 or/69-86 (339162)
- 88 68 and 87 (7438)
- 89 narrative review?.tw,kf. (8609)
- 90 review.pt. (2550642)
- 91 68 and (89 or 90) (11233)
- 92 88 or 91 [ALL REVIEWS] (13926)
- 93 limit 92 to yr="2009-current" (9467)

PsycINFO

Database: PsycINFO <1806 to August Week 4 2019>

Search Strategy:

-
- 1 Quality Control/ (1465)
 - 2 Quality of Care/ (12724)
 - 3 Quality of Services/ (6118)
 - 4 exp Health Care Delivery/ (93739)
 - 5 Health Care Services/ (42440)
 - 6 Primary Health Care/ (17446)
 - 7 exp Mental Health Services/ (40499)
 - 8 exp Social Services/ (84732)
 - 9 Child Welfare/ (8330)
 - 10 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 quality).tw. (6131)
 - 11 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 assess*).tw. (1923)
 - 12 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 assur*).tw. (126)
 - 13 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 evaluat*).tw. (1301)
 - 14 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 improv*).tw. (5699)



- 15 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 (rate or rated or rates or rating?)).tw. (733)
- 16 ((healthcare or health care or health system? or (patient? adj2 care)) adj3 report card?).tw. (15)
- 17 (quality adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*)).tw. (44091)
- 18 (performance* adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*)).tw. (59373)
- 19 (service? adj2 (assess* or assur* or audit* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric? or rate or rated or rates or rating? or strateg*)).tw. (13113)
- 20 Patient Safety/ (1325)
- 21 (patient? adj2 safe*).tw. (4482)
- 22 Client Satisfaction/ (5304)
- 23 (patient? adj2 (prefer* or priorit* or satisf* or value or values)).tw. (11480)
- 24 or/1-23 [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE] (341595)
- 25 (public\$2 adj3 report*).tw. (1358)
- 26 report card?.tw. (1068)
- 27 score card?.tw. (103)
- 28 24 and (25 or 26 or 27) [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE - PUBLIC REPORTING (TARGETED)] (654)
- 29 (benchmark* or bench mark*).tw. (8151)
- 30 exp Data Collection/ (62591)
- 31 (data adj2 (acquir* or analys* or analyz* or collect* or compil* or gather* or interpret* or interrogat* or manag*)).tw. (221883)
- 32 Patient Reported Outcome Measures/ (246)
- 33 (patient? adj2 report* adj3 outcome?).tw. (2347)
- 34 (patient? adj2 outcome? adj3 assess*).tw. (472)
- 35 (PROM or PROMs).tw. (366)
- 36 exp Professional Standards/ (9117)
- 37 standard?.tw. (147535)
- 38 Statistics/ (8604)
- 39 (statistic* or numerical data).tw. (226343)
- 40 (survey* or questionnaire*).ti. (48430)
- 41 or/29-40 [DATA COLLECTION/STANDARDS/STATISTICS] (646488)
- 42 Information/ (14043)
- 43 Health Information/ (2051)
- 44 Information Dissemination/ (1652)
- 45 Communication/ (24942)
- 46 ((data or information) adj3 (access* or communicat* or disseminat* or distribut* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw. (53781)
- 47 (public* adj3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw. (5222)
- 48 (open* adj3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)).tw. (5040)
- 49 disclos*.tw. (27680)
- 50 Feedback/ (16815)
- 51 feedback*.tw. (64946)
- 52 publish*.ti. (2114)
- 53 (public\$2 adj3 report*).tw. (1358)



- 54 (assessment* adj3 report*).tw. (4880)
- 55 (evaluat* adj3 report*).tw. (4782)
- 56 ((healthcare or health care) adj3 report*).tw. (1269)
- 57 (health system? adj3 report*).tw. (47)
- 58 (hospital* adj3 report*).tw. (1589)
- 59 (outcome* adj3 report*).tw. (8842)
- 60 (performance* adj3 report*).tw. (3512)
- 61 (service? adj3 report*).tw. (2652)
- 62 (patient? adj2 (outcome? or prefer* or priorit* or satisf* or value or values) adj3 report*).tw. (2498)
- 63 or/42-62 [REPORTING] (215131)
- 64 24 and 41 and 63 [QUALITY - HEALTH CARE/HEALTH SYSTEMS/PATIENT CARE - DATA COLLECTION/STANDARDS - REPORTING] (8146)
- 65 28 or 64 (8638)
- 66 limit 65 to ("0830 systematic review" or 1200 meta analysis or 1300 metasynthesis) (317)
- 67 "systematic review"/ (122)
- 68 meta analysis/ (4493)
- 69 (meta-analy* or metanaly* or metaanaly* or met analy* or integrative research or integrative review* or integrative overview* or research integration or research overview* or collaborative review*).tw. (37004)
- 70 (systematic review* or systematic overview* or evidence-based review* or evidence-based overview* or (evidence adj3 (review* or overview*)) or meta-review* or meta-overview* or meta-synthes* or rapid review* or "review of reviews" or umbrella review? or technology assessment* or HTA or HTAs).tw. (43184)
- 71 (network adj (MA or MAs)).tw. (0)
- 72 (NMA or NMAs or MTC or MTCs or MAIC or MAICs).tw. (309)
- 73 indirect* compar*.tw. (187)
- 74 (indirect treatment* adj1 compar*).tw. (19)
- 75 (mixed treatment* adj1 compar*).tw. (51)
- 76 (multiple treatment* adj1 compar*).tw. (29)
- 77 (multi-treatment* adj1 compar*).tw. (0)
- 78 simultaneous* compar*.tw. (217)
- 79 mixed comparison?.tw. (9)
- 80 ((scoping or rapid) adj review?).tw. (1324)
- 81 or/67-80 (73212)
- 82 65 and 81 (472)
- 83 66 or 82 [SYSTEMATIC REVIEWS/MAs] (500)
- 84 limit 65 to "0800 literature review" (500)
- 85 narrative review?.tw. (2035)
- 86 Literature Review/ (22504)
- 87 65 and (85 or 86) (36)
- 88 84 or 87 [NARRATIVE REVIEWS] (511)
- 89 83 or 88 [ALL REVIEWS] (686)
- 90 limit 89 to yr="2009-current" (558)

CINAHL

2019 Aug 31



#	Query	Limiters/Expanders	Results
S85	S65 AND S83	Limiters - Published Date: 20090101-20191231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,797
S84	S65 AND S83	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	2,014
S83	S66 OR S67 OR S68 OR S69 OR S70 OR S71 OR S72 OR S73 OR S74 OR S75 OR S76 OR S77 OR S78 OR S79 OR S80 OR S81 OR S82	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	161,048
S82	TI narrative W1 review# OR AB narrative W1 review#	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,496
S81	(MH "Literature Review")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	7,759
S80	TI ((scoping or rapid) W1 review#) OR AB ((scoping or rapid) W1 review#)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	3,100
S79	(MH "Scoping Review")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	1,437
S78	TI mixed W1 comparison# OR AB mixed W1 comparison#	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	227
S77	TI simultaneous* W1 compar* OR AB simultaneous* W1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	164
S76	TI (multi W1 treatment*) N1 compar* OR AB (multi W1 treatment*) N1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects	6



		Search modes - Boolean/Phrase	
S75	TI (multiple W1 treatment*) N1 compar* OR AB (multiple W1 treatment*) N1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	76
S74	TI (mixed W1 treatment*) N1 compar* OR AB (mixed W1 treatment*) N1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	208
S73	TI (indirect W1 treatment*) N1 compar* OR AB (indirect W1 treatment*) N1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	88
S72	TI indirect* W1 compar* OR AB indirect* W1 compar*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	780
S71	TI (NMA or NMAs or MTC or MTCs or MAIC or MAICs) OR AB (NMA or NMAs or MTC or MTCs or MAIC or MAICs)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	791
S70	TI (network W1 (MA or MAs)) OR AB (network W1 (MA or MAs))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4
S69	TI ((systematic W1 review*) or (systematic W1 overview*) or ("evidence-based" W1 review*) or ("evidence-based" W1 overview*) or (evidence adj3 (review* or overview*)) or meta-review* or meta-overview* or meta-synthes* or rapid review* or "review of reviews" or umbrella review? or (technology W1 assessment*) or HTA or HTAs) OR AB ((systematic W1 review*) or (systematic W1 overview*) or ("evidence-based" W1 review*) or ("evidence-based" W1 overview*) or (evidence adj3 (review* or overview*)) or meta-review* or meta-overview* or meta-synthes* or rapid review* or "review of reviews" or umbrella review? or (technology W1 assessment*) or HTA or HTAs)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	87,774
S68	TI ((meta W1 analy*) or metanaly* or metaanaly* or (met W1 analy*) or "integrative research" or (integrative W1 review*) or (integrative W1 overview*) or "research integration" or (research W1 overview*) or (collaborative W1 review*)) OR AB ((meta W1 analy*) or metanaly* or metaanaly* or (met W1 analy*) or "integrative research" or (integrative W1 review*) or	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	63,465



	(integrative W1 overview*) or "research integration" or (research W1 overview*) or (collaborative W1 review*))		
S67	(MH "Meta Analysis") OR (MH "Meta Synthesis")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	40,984
S66	(MH "Systematic Review")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	72,967
S65	S25 OR S64	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	25,538
S64	S20 AND S41 AND S63	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	24,330
S63	S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56 OR S57 OR S58 OR S59 OR S60 OR S61 OR S62	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	272,435
S62	TI ((patient# N2 (outcome# or prefer* or priorit* or satisf* or value or values) N3 report*)) OR AB ((patient# N2 (outcome# or prefer* or priorit* or satisf* or value or values) N3 report*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	10,269
S61	TI service* N3 report* OR AB service* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,187
S60	TI performance* N3 report* OR AB performance* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	3,243
S59	TI outcome* N3 report* OR AB outcome* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	24,979
S58	TI hospital* N3 report* OR AB hospital* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	5,969



S57	TI (("health system" or "health systems") N3 report*) OR AB (("health system" or "health systems") N3 report*)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	208
S56	TI ((healthcare or health care) N3 report*) OR AB ((healthcare or health care) N3 report*)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,580
S55	TI evaluat* N3 report* OR AB evaluat* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	7,009
S54	TI assessment* N3 report* OR AB assessment* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,847
S53	TI public* N3 report* OR AB public* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	4,697
S52	TI publish*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	19,304
S51	(MH "Publishing")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	11,490
S50	TI feedback* OR AB feedback*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	29,356
S49	(MH "Feedback")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S48	TI disclos* OR AB disclos*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S47	TI (open* N3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)) OR AB	Expanders - Apply equivalent subjects	Display



	(open* N3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*))	Search modes - Boolean/Phrase	
S46	TI (public* N3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*)) OR AB (public* N3 (access* or communicat* or distribut* or disseminat* or publish* or releas* or reveal* or shar*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S45	TI ((data or information) N3 (access* or communicat* or disseminat* or distribut* or publish* or releas* or reveal* or shar*)) OR AB ((data or information) N3 (access* or communicat* or disseminat* or distribut* or publish* or releas* or reveal* or shar*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S44	(MH "Consumer Health Information")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S43	(MH "Communication")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S42	(MH "Access to Information+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S41	S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S40	(MH "Quality of Health Care+/SN/ST")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S39	(MH "Health Facilities+/ST")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S38	(MH "Health Care Delivery+/ST/SN")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S37	(MH "Social Work+/ST/SN")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display



S36	(MH "Social Welfare+/ST")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S35	(MH "Community Health Services+/ST/SN")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S34	TI survey* or questionnaire*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S33	TI (PROM or PROMs) OR AB (PROM or PROMs)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S32	TI patient# N2 outcome# N3 assess* OR AB patient# N2 outcome# N3 assess*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S31	TI patient# N2 report* N3 outcome# OR AB patient# N2 report* N3 outcome#	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S30	(MH "Patient-Reported Outcomes")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S29	TI (data N2 (acquir* or analys* or analyz* or collect* or compil* or gather* or interpret* or interrogat* or manag*)) OR AB (data N2 (acquir* or analys* or analyz* or collect* or compil* or gather* or interpret* or interrogat* or manag*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S28	(MH "Data Collection+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S27	TI (benchmark* or (bench W1 mark*)) OR AB (benchmark* or (bench W1 mark*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S26	(MH "Benchmarking")	Expanders - Apply equivalent subjects	Display



		Search modes - Boolean/Phrase	
S25	S20 AND S24	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S24	S21 OR S22 OR S23	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S23	TI ("score card" or "score cards") OR AB ("score card" or "score cards")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S22	TI ("report card" or "report cards") OR AB ("report card" or "report cards")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S21	TI public* N3 report* OR AB public* N3 report*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S20	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S19	TI (patient# N2 (prefer* or priorit* or satisf* or value or values)) OR AB (patient# N2 (prefer* or priorit* or satisf* or value or values))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S18	(MH "Patient Satisfaction")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S17	TI patient# N2 safe* OR AB patient# N2 safe*	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S16	(MH "Patient Safety")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display



S15	(MH "Patient Care")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S14	TI (service# N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*)) OR AB (service# N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S13	TI (performance* N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*)) OR AB (performance* N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S12	TI (quality N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*)) OR AB (quality N2 (assess* or assur* or criteri* or evaluat* or improv* or indicat* or measur* or metric# or rate or rated or rates or rating# or strateg*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S11	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 ("report card" or "report cards"))) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 ("report card" or "report cards")))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S10	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 (rate or rated or rates or rating?))) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 (rate or rated or rates or rating?)))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S9	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 improv*)) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 improv*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S8	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 evaluat*)) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 evaluat*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S7	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 assur*)) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 assur*))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S6	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 assess*)) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 assess*))	Expanders - Apply equivalent subjects	Display



		Search modes - Boolean/Phrase	
S5	TI (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 quality)) OR AB (((healthcare or health care or health system# or (patient# N2 care)) N3 quality))	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S4	(MH "Quality of Health Care")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S3	(MH "Quality Assurance")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S2	(MH "Quality Assessment+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display
S1	(MH "Quality Improvement+")	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Boolean/Phrase	Display



ANNEXE 2

Documents complémentaires et sites Web

Tableau 6. Stratégies de repérage de documents complémentaires sur le Web

Stratégies de repérage dans Google		
Recherche 1	Recherche 2	Recherche 3
Mots-clés : "Public reporting" and (harm OR risk OR unintended OR consequence) Nombre total de résultats = environ 1 050 000	Mots-clés : "Public reporting" and health* and (ethic* OR legal) Nombre total de résultats = environ 223 000	Mots-clés : "Public reporting" and health* and "best practice*" Nombre total de résultats = environ 95 100
36 sur 100 potentiellement éligibles	35 sur 100 potentiellement éligibles	60 sur 100 potentiellement éligibles
N = 131 potentiellement éligibles		
N = 38 inclus		
20 rapports, 16 articles non scientifiques et 2 présentations PowerPoint		

Tableau 7. Documents complémentaires repérés sur le Web

Type de document	Titre du document	Auteurs/ Organisation	Année	Faits saillants
Articles non scientifiques				
Page sur un site Web	Examining best practices in healthcare reporting for Vermont	Human Services Research Institute	2019	L'institut de recherche HSRI a exploré la littérature sur la diffusion publique pour informer l'État de Vermont sur la faisabilité d'implanter un programme de diffusion publique. L'État de Vermont a décidé de ne pas s'engager dans la diffusion publique pour l'instant étant donné le coût et la complexité.
Page sur un site Web	Public Reporting - Blueprint for excellence: Pathway to best practices	Elevating Home	2019	Cette page présente différentes mesures de qualité qui sont rapportées dans plusieurs programmes de diffusion publique (<i>Home Health Compare, Hospice Compare, Medicare Star Ratings for Home Health</i> , etc.). Plusieurs conseils sont présentés pour les organisations offrant du soutien à domicile.
Page sur un site Web	Public Reporting of Physician Performance, Guiding Principles	American Academy of Family Physicians	2018	Lignes directrices de l' <i>American Academy of Family Physicians</i> en lien avec la diffusion publique de la performance des médecins



Page sur un site Web	Transparency and Public Reporting Are Essential for a Safe Health Care System	The Commonwealth Fund	2010	Opinion sur l'importance de la diffusion publique comme outil de transparence du système de santé afin de rendre les soins plus sécuritaires
Page sur un site Web	Q&A with Dr. James McCabe: Interventional Cardiology and Public Reporting	GE Healthcare	2019	Entrevue avec un cardiologue américain s'intéressant à l'impact de la diffusion publique sur les résultats de santé et sur les indicateurs de qualité/performance en lien avec les procédures cardiovasculaires.
Page sur un site Web	Public Reporting of PCI Outcomes: Taking on the Status Quo	Patrice Wendling	2018	Discussion autour de l'aversion au risque et de solutions potentielles, notamment de mieux choisir les indicateurs diffusés
Blog	Consumers lead effort on public reporting of healthcare-associated infections	Lisa McGiffert, Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	2010	La diffusion publique sur les infections nosocomiales et son importance pour les patients.
Blog	The unintended consequences of public reporting of mortality outcomes	Robert Kolker	2014	Discussion autour des conséquences inattendues de la diffusion publique, notamment de l'aversion au risque.
Blog	The High Cost of Public Reporting	Anish Koka	2017	Discussion autour des conséquences inattendues de la diffusion publique, telles que l'aversion au risque, la manipulation des données et de l'impact sur les patients.
Nouvelles / actualité scientifique	How do public "report cards" affect physicians' treatment decisions?	Beth Israel Deaconess Medical Center	2018	Un sondage indique que 2/3 des cardiologues ont dit avoir évité d'intervenir auprès de patients à haut risque lorsque les résultats sont publiés publiquement.
Nouvelles / actualité scientifique	Public Reporting of PCI Mortality: Debate Swirls Around What's Fair, What's Ethical	Todd Neale	2016	Discussion autour de l'enjeu de l'aversion au risque et de l'importance de la validité des modèles d'ajustement au risque, de l'éducation auprès des cardiologues et de l'implication de ces derniers dans les programmes de diffusion publique.
Nouvelles / actualité scientifique	The Good, the Bad, and the Ugly: PCI Public Reporting Needs Fine-tuning, Says SCAI	Todd Neale	2016	Discussion autour de l'aversion au risque et de manière pour les prévenir (modèles d'ajustement au risque, indicateurs basés sur la maladie au lieu d'indicateurs de processus, etc.).
Nouvelles / actualité scientifique	Survey Says: Interventionists Believe Public Reporting Leads to High-Risk PCI Avoidance, Upcoding	Yael L. Maxwell	2017	Un sondage rapporte que plusieurs cardiologues pensent que la diffusion publique entraîne l'aversion au risque et la manipulation des données. Cet article rapporte le manque de connaissance des cardiologues sur les modèles d'ajustement en fonction du risque.



Nouvelles / actualité scientifique	Do the Right Thing But circumstances are making it much more difficult - CardioSource WorldNews Interventions	American College of Cardiology	2014	Discussion autour des conséquences inattendues de la diffusion publique, principalement celle de l'aversion au risque.
Nouvelles / actualité scientifique	Can public reporting improve pediatric heart surgery?	Richard M. Kirkner	2017	Discussion autour des enjeux entourant les modèles d'ajustement au risque et des éléments importants à tenir compte.
Nouvelles traditionnelles	Admitting harm protects patients	Marshall Allen	2011	Discussion autour de l'importance de la transparence et la diffusion publique d'indicateurs en lien avec la sécurité des patients
Rapports				
Rapport - Revue	Public reporting of safety and quality in public and private hospitals - Literature review and environment scan	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	2019	Ce rapport présente les résultats d'un scan environnemental et d'une revue de la littérature réalisée par l' <i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i> en réponse à une demande du gouvernement australien. Les résultats de leur revue arrivent à des résultats similaires que la nôtre. Le scan environnemental, qui était limité à l'Australie, a identifié plusieurs systèmes de diffusion publique de différents niveaux (province, territoire, national). Les auteurs soulèvent que le programme national <i>MyHospitals</i> est celui qui contient le moins d'informations. La participation au programme <i>MyHospitals</i> est volontaire, mais celle-ci est quand même grande. L'accès des patients aux sites Web de diffusion publique variait d'un programme à l'autre et il pouvait être difficile d'avoir accès et de trouver l'information facilement. Plusieurs programmes de diffusion non gouvernementaux existent en Australie, notamment où les patients peuvent partager leur expérience avec des professionnels de la santé ou des organisations, mais ce type d'information n'est pas disponible dans les programmes de diffusion gouvernementaux.
Rapport - Revue	Quality of care reporting: A critical literature review	State of Victoria, Department of Health (Australia)	2013	Suite à l'instauration de mécanismes de diffusion publique se chevauchant les uns aux autres entre plusieurs entités gouvernementales australiennes, le <i>Victorian Department of Health</i> , le ministère de la Santé de l'État de Victoria en Australie, a décidé de réaliser une revue de la littérature ayant pour objectif d'explorer



				<p>les meilleures pratiques de diffusion publique à l'échelle nationale et internationale dans l'optique d'éviter d'alourdir le fardeau administratif amené par ces mécanismes de diffusion se chevauchant les uns aux autres. Le rapport fait état de 9 recommandations pratico-pratiques pour le ministère, par exemple de rendre disponibles les rapports sur la qualité des soins sur le site Web du ministère, d'incorporer les rétroactions de la communauté face aux rapports dans ceux de l'année suivante, d'utiliser un format plus clair pour présenter les données, d'incorporer des données de <i>benchmarking</i>, etc.</p>
Rapport - Revue	Evidence Check - Healthcare performance reporting bodies	Peter Hibbert, Brian Johnston, Louise Wiles et al. (réalisé par le Sax Institute for the Bureau of Health Information)	2015	<p>Le <i>Sax Institute</i> a réalisé une revue rapide pour le <i>Bureau of Health Information</i> en Australie. L'objectif de la revue était de faire l'inventaire des organisations faisant de la diffusion publique et soulever, pour chacune des organisations, différentes informations telles que le mandat, la structure de l'organisation et les indicateurs rapportés. La recherche a été limitée aux pays suivants : Australie, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, les États-Unis et l'Irlande. La majorité des informations collectées par la revue provenant des sites Web des organisations.</p> <p>Les organisations canadiennes identifiées par cette revue sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Canadian Institute of Health Information (CIHI)- Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES)- Cancer Quality Council of Ontario (CQCO)- Health Quality Ontario (HQP)- Manitoba Centre for Health Policy (MCHP)- Alberta Health Services- Saskatchewan Health Quality Council- New Brunswick Health Council- Le Commissaire à la santé et au bien-être- L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) <p>Le rapport présente une description sommaire pour chacune des organisations.</p>
Rapport - Revue	The impacts of public reporting and external benchmarking in	Institute of Health Economics	2017	<p>L'<i>Institute of Health Economics</i> a réalisé une revue rapide pour le <i>Canadian Cardiovascular Society</i> dans le but d'évaluer l'impact de la diffusion publique et</p>



	cardiac care: A rapid update of the literature	(Alberta Canada)		<p>du <i>benchmarking</i> sur les résultats de santé et d'évaluer l'applicabilité de ce genre de diffusion dans des systèmes de santé non compétitifs comme celui du Canada.</p> <p>Les résultats de cette revue sont similaires à la nôtre. 23 études ont été incluses dans l'analyse. L'impact de la diffusion publique n'est pas significatif et les études sont contradictoires. De plus, plusieurs conséquences inattendues sont soulevées par les auteurs, telles que l'aversion au risque et la diminution de l'accès aux soins. L'effet de la diffusion publique sur la mortalité, le taux de réadmission, la revascularisation ou les processus de soins est soit neutre ou mixte. Les auteurs soulèvent que le temps de déplacement des patients est un facteur qui joue davantage sur le choix des patients et limite ainsi l'impact de la diffusion publique.</p> <p>Concernant le <i>benchmarking</i>, seulement 5 études ont été incluses dans l'analyse. Les auteurs affirment que le <i>benchmarking</i> est susceptible d'avoir des effets positifs sur les résultats de santé. Cependant, aucune information sur les conséquences inattendues n'était soulevée dans les études. De plus, aucune étude n'a comparé directement la diffusion publique au <i>benchmarking</i>, ce qui limite les interprétations possibles.</p> <p>Concernant les facteurs contextuels propres au contexte canadien, les auteurs mentionnent que contrairement aux États-Unis, au Canada le système de couverture d'assurance n'est pas le même, les patients n'ont pas la même marge de manœuvre en termes de choix, le mode de paiement des prestataires est différent, il y a un moins grand nombre d'établissements de santé et il y a moins de compétition entre les prestataires. Ces facteurs limitent la transférabilité de la diffusion publique au contexte canadien et sont aussi susceptibles de limiter l'impact de la diffusion publique sur l'amélioration de la qualité.</p>
Rapport	A Framework for Public Reporting on Healthy Work	Ontario Health Quality Council	2010	L' <i>Ontario Health Quality Council</i> a développé un cadre pour évaluer et diffuser publiquement la qualité des



	Environments in Ontario Healthcare Settings			environnements de travail au sein du système de santé en Ontario. L'organisme met l'accent sur l'impact psychosocial des conditions de travail, et non seulement aux dangers physiques.
Rapport	Best Practices in Public Reporting No.1: How To Effectively Present Health Care Performance Data To Consumers	Judith Hibbard & Shoshanna Sofer (préparé pour l'Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)	2010	Ce rapport fait état des enjeux et solutions concernant la manière de présenter des données au grand public. En résumé, l'AHRQ suggère d'inclure une définition du concept de qualité et des catégories d'indicateurs rapportées, d'inclure de l'information sur les méthodes et la source de financement du programme et de présenter les données de manière à faciliter la compréhension des patients.
Rapport	Best Practices in Public Reporting No.2: Maximizing Consumer Understanding of Public Comparative Quality Reports: Effective Use of Explanatory Information	Shoshanna Sofer (préparé pour l'AHRQ)	2010	Ce rapport présente différentes stratégies pour faciliter la compréhension des rapports sur la qualité. Des recommandations sont émises, notamment de présenter un cadre conceptuel, de s'assurer de démontrer de la crédibilité en présentant l'information de manière transparente et avec assez de détails, de présenter de l'information sur la manière d'interpréter les mesures pour éviter les erreurs d'interprétation et de tester auprès du public la compréhension et le format du rapport avant de le publier.
Rapport	Best Practices in Public Reporting No.3: How to Maximize Public Awareness and Use of Comparative Quality Reports Through Effective Promotion and Dissemination Strategies	Shoshanna Sofer (préparé pour l'AHRQ)	2010	Ce rapport présente des stratégies d'implantation en lien avec la diffusion de rapports sur la qualité au public. Entre autres, l'AHRQ suggère de planifier à l'avance les aspects de promotion et de dissémination, d'identifier l'audience, d'impliquer des parties prenantes, de promouvoir le rapport via les médias et via la publicité.
Rapport	Better health, better care, better value - WA Health Reform Program 2015-2020	Government of Western Australia; Department of Health	2015	La réforme du <i>Western Australia Government</i> vise à améliorer le système de santé en termes de sécurité, qualité et durabilité. La stratégie de la réforme vise à investir dans les milieux de travail, favoriser la transparence, la gestion financière, les partenariats, la diffusion d'informations, la recherche et les innovations.
Rapport	Enhancing Pan-Canadian Health System Performance Reporting at CIHI	Canadian Institute for Health Information (CIHI)	2013	La stratégie du CIHI pour la diffusion publique est d'adapter les niveaux d'informations en fonction du public cible, de développer les programmes en partenariat avec des comités aviseurs, d'experts et le public, et de choisir les



				indicateurs en fonction de leur cadre de référence.
Rapport	Health Innovation Portal: Archive of Innovative Practices Theme: Performance Measurement and Reporting	Health Council of Canada	2014	Le conseil canadien répertorie des initiatives innovantes pour le système de santé comme des formations sur l'amélioration continue des soins, des initiatives de recherche ou de la surveillance, et quelques programmes de diffusion publique.
Rapport	Monitoring What Matters: Health Quality Ontario's Approach to Performance Monitoring and Public Reporting	Health Quality Ontario	2014	La stratégie de diffusion publique de <i>Health Quality Ontario</i> repose sur des partenariats, l'engagement du public, un cadre de mesure de performance, une gestion de la sélection des indicateurs et les méthodes de diffusion.
Rapport	Medication Safety Support Service - Identification of Medication Safety Indicators for Public Reporting	Institute for Safe Medication Practices Canada	2010	Les 12 indicateurs de sécurité de traitement les plus pertinents pour de la diffusion publique sont la prévention de la thromboembolie veineuse, les traitements de sortie pour infarctus aigu du myocarde et le bilan comparatif des médicaments.
Rapport	National Health Reform - Performance and Accountability Framework	Unclear	NR	Les trois concepts principaux qui guident l'amélioration de la diffusion publique et de la reddition de compte sont l'équité des indicateurs de résultats, les indicateurs d'efficacité de programme et d'efficience de coût.
Rapport	Performance Management Framework - From Inquiry to Improvement	Accountability and Performance Measurement Working Group; Population Health Assessment and Surveillance (PHASE) Team	2014	Les quatre domaines du cadre de référence sont les standards de performance, les mesures de performance, la diffusion et l'amélioration de la qualité. Le leadership du système de santé est le moteur pour faire fonctionner ces concepts.
Rapport	Through the looking glass - A practical path to improving healthcare through transparency	KPMG International Cooperative	2017	Les clés pour l'application de la transparence sont d'avoir une stratégie cohérente, s'inspirer d'initiatives innovantes, mesurer ce qui est important pour les patients, inclure moins de données mais des données pertinentes, promouvoir la transparence des coûts, une approche réciproque pour la sécurité des données, diversifier les sources pour améliorer la compréhension,
Rapport	Transparency - the most powerful driver of health care improvement?	Nicolaus Henke (McKinsey's Health Systems	2011	Ce document parle de l'importance de la transparence en lien avec la qualité du système de santé. En résumé, les auteurs affirment que la transparence permet



		and Services Practice)		d'améliorer la reddition de compte, la productivité et la qualité de la prestation des services, d'accroître l'implication des patients dans leurs soins et de favoriser la croissance économique.
Rapport	Quality in Primary Care - Final Report of the Quality Working Group to the Primary Healthcare Planning Group	Monica Aggarwal (Multiple stakeholders in Canada, primary care working group)	2011	Les recommandations sont d'intégrer des mesures de performance, des cibles de performance, d'utiliser les dossiers électroniques, de s'appuyer sur les équipes de soins, de recruter et d'impliquer les patients, de favoriser la recherche et l'évaluation, d'utiliser des incitatifs financiers, de favoriser la formation, de faire de la diffusion publique, d'accréditer les centres de soins, de favoriser la gouvernance locale des services, et de favoriser des groupes de leadership.
Rapport	Policy Summary 13: Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice	Stephanie Kumpunen, Lisa Trigg, and Ricardo Rodrigues	2014	Pour viser les bonnes pratiques de diffusion publique, il faut choisir les indicateurs pertinents, d'améliorer les méthodes de présentation, d'éduquer les patients et d'améliorer leur compréhension de la diffusion publique, de s'appuyer sur des professionnels et de créer des outils d'aide à la décision.
Rapport	Patient Safety Organizations and Transparency: Working Together to Improve Patient Safety	Susan Kendig and Rebecca G. Miller	NR	Ce rapport, réalisé par le <i>Missouri Center for Patient Safety</i> , donne un aperçu des protections légales pour les professionnels et organisations qui participent à la diffusion de données sur la sécurité des patients. Les auteurs présentent un cadre conceptuel et présentent comment les protections juridiques peuvent aller de soi avec les mécanismes de diffusion et les efforts pour améliorer la transparence, la sécurité des patients et la qualité des soins et services.
Autre document				
Présentation PowerPoint	Public Reporting Promotes Risk-Averse Behaviour	Stephen Westaby	2016	Le document présente les risques de manipulation des données associées aux pratiques de diffusion publique, particulièrement pour les interventions cardiaques.
Présentation PowerPoint	The ethical case for public reporting of surgeon performance in Australia	Justin Oakley	NR	Le document présente les bénéfices associés à la diffusion publique, notamment dans le domaine de l'éthique.

Tableau 8. Sites Web d'organisations clés consultés

Pays	Nom de l'organisation	Nom du programme de diffusion publique	Description du programme de diffusion publique	Lien
À l'échelle mondiale	World Health Organization (WHO)	NA	L'Organisation mondiale de la santé présente de nombreuses données à l'échelle de la planète sur des sujets variés, entre autres sur la mortalité globale, la santé mentale, l'équité en santé, la vaccination, la santé des femmes, les maladies infectieuses, etc.	https://www.who.int
Australie	Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare	The Australian Atlas of Healthcare Variation	<p>L'atlas compile des données régionales et locales sur les soins pour les années 2015, 2017 et 2018.</p> <p>En 2018, les données couvraient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La santé néonatale et pédiatrique - Les examens et traitements gastro-intestinaux - Les examens et traitements pour la thyroïde - Les tests cardiaques - Certaines prescriptions de médicaments <p>En 2017, l'atlas couvrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les maladies chroniques et les infections - Les conditions cardiovasculaires - La santé des femmes et santé maternelle - Les interventions chirurgicales <p>En 2015, l'atlas couvrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La distribution d'antimicrobiens - Les interventions diagnostiques - Les interventions chirurgicales - Les interventions en santé mentale et les médicaments psychotropes - Les opioïdes - Les interventions pour maladies chroniques 	<p>https://www.safetyandquality.gov.au/</p> <p>https://acsqhc.maps.arcgis.com/home/index.html</p>
Australie	Bureau of Health Information	NA	Trois moteurs de recherche de performance : Hôpitaux, service ambulancier, enquête de santé des patients.	http://www.bhi.nsw.gov.au/

			<p>Hôpitaux : données disponibles par hôpital sur les services d'urgences, les temps d'attente pour les chirurgies (par niveau d'urgence), la satisfaction des patients, l'implication des patients, la satisfaction par rapport aux jeunes et enfants, et la satisfaction sur les soins maternels</p> <p>Services ambulanciers : temps de réponse en fonction du type de cas disponible par secteur</p> <p>Patient Dashboard : Enquêtes de satisfactions et autres remplis par les patients, données disponibles par région, hôpital et autres groupes moins clairs en fonction du type de soins : patients admis à l'hôpital, département d'urgences, enfants, chirurgie ambulatoire (dont cancer), etc.</p>	
Belgique	Belgian Health Care Knowledge Centre / Centre fédéral d'expertise des soins de santé	NA	Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) produit de nombreux rapports sur des sujets variés du système de santé en Belgique.	https://kce.fgov.be/
Canada	Canadian Institute for Health Information (CIHI)	NA	<p>Des centaines de rapport et de données canadiennes disponibles publiquement depuis 2002 sur les thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'accessibilité et le temps d'attente ○ Les jeunes et les enfants ○ Les soins communautaires ○ Les soins d'urgence ○ Les Premières Nations, Inuits et Métis ○ Les inégalités en santé ○ Les dépenses en santé ○ La performance du système de santé ○ Le personnel en santé ○ Les soins hospitaliers ○ Les comparaisons internationales ○ La santé mentale et les dépendances ○ Remplacement d'organes et d'articulations ○ L'expérience patient ○ Les résultats patient ○ Les médicaments ○ La santé de la population ○ La qualité et la sécurité ○ Les soins résidentiels ○ Les personnes âgées et le vieillissement 	https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports



Canada, Alberta	Alberta Provincial Project for Outcome Assessment in Coronary Heart Disease	APPROACH	APPROACH est un registre de cardiologie en Alberta qui contient des informations sur des patients qui ont subi une chirurgie cardiaque invasive. Le registre contient des indicateurs de réadmission à l'hôpital, des taux de mortalité et des questionnaires sur la qualité de vie des patients.	https://www.approach.org/
Canada, Alberta	Health Quality Council of Alberta	HQCA	Le HQCA procède à des sondages de satisfaction avec la population albertaine qui portent sur la qualité et l'accès aux soins de santé. Les rapports contenant les résultats de ces sondages sont publiés sur le site de l'HQCA.	https://www.hqca.ca/
Canada, Colombie-Britannique	British Columbia Provincial Health Services Authority	NA	NA	http://www.phsa.ca/
Canada, Île-du-Prince-Édouard	Government of Prince Edward Island	NA	Rapports disponibles publiquement sur les sujets de toutes sortes. En voici quelques exemples : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulance Response Time (en fonction des différentes régions de la province) ○ Immunization Uptake Prior to Age Two ○ 2018 PEI Cannabis survey report ○ Etc. 	http://www.gov.pe.ca/
Canada, Manitoba	Manitoba Centre for Health Policy	NA	NA	http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departments/units/mchp/
Canada, Nouveau-Brunswick	New Brunswick Department of Health	Office of the Chief Medical Officer of Health	Les publications de ce bureau en santé publique comprennent des bulletins d'information sur : <ul style="list-style-type: none"> ○ la surveillance des maladies (réduction des risques liés à l'utilisation non médicale du cannabis, programme d'immunisation du NB, etc.) faisant part des données de la littérature ainsi que des données provinciales en lien avec la problématique ○ des indicateurs de santé (données sur l'alcool et la santé, sur la santé mentale au NB, l'obésité au NB, etc.) qui contiennent les données 	https://www2.gnb.ca/

			<p>provinciales sur diverses problématiques de santé</p> <p>Plusieurs rapports sont publiés. Ceux-ci portent sur diverses problématiques de santé (boissons énergisantes, consommation de drogues, iniquités en santé, diabète, etc.)</p>	
Canada, Nouvelle-Écosse	The Department of Health and Wellness	Health System Quality	<p>Le site présente des données sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ le temps d'attente (pour consultation, temps d'attente pour la procédure; par clinicien et par sites, etc.) ○ des indicateurs de sécurité (taux de propreté des mains des professionnels de la santé, taux d'infection au C. difficile, etc.) présentés en 4 divisions de régions géographiques de la Nouvelle-Écosse <p>les évènements graves signalés dans le système de santé de la province</p>	https://novascotia.ca/dhw/hsq/
Canada, Ontario	Health Quality Ontario	System Performance	<p>Évaluation de sujets de toutes sortes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sécurité des patients à l'hôpital ○ Temps d'attente pour des chirurgies et procédures ○ Temps d'attente pour l'imagerie diagnostique ○ Temps passé à l'urgence ○ Performance des foyers de soins de longue durée ○ Performance des soins à domicile ○ Performance en soins primaires ○ Rapports annuels ○ Rapports spécialisés ○ Mesure de la performance du système <p>Données (taux, %, etc.) disponibles en fonction des hôpitaux, des villes et des codes postaux.</p>	https://www.hqontario.ca
Canada, Ontario	Institute for Clinical Evaluative Sciences	NA	<p>L'ICES produit des rapports, infographies, vidéo et autres concernant différents aspects des soins de santé en Ontario sur des sujets variés, notamment concernant l'accès et l'utilisation, le dépistage et le traitement de maladies.</p>	https://www.ices.on.ca/
Canada, Québec	Le Commissaire à la santé et au bien-être	Atlas du Commissaire à la santé et au bien-être	<p>L'Atlas CSBE est un outil de visualisation cartographique. Les résultats sont paramétrables et exportables. L'Atlas des données sur la santé illustre les résultats bruts pour plus de 200 indicateurs. L'outil de recherche permet d'extraire les informations d'un indicateur spécifique sous forme de tableaux ou de graphiques. Il permet aussi de comparer une région</p>	https://www.csbe.gouv.qc.ca/

			avec une autre région, ou avec l'ensemble du Québec, pour n'importe quel indicateur ou résultat agrégé	
Canada, Saskatchewan	Saskatchewan Health Authority	NA	NA	https://www.skhealthauthority.ca/
Canada, Terre-Neuve-et-Labrador	Newfoundland Department of Health and Community Services	NA	Rapports disponibles publiquement sur les sujets de toutes sortes sur : <ul style="list-style-type: none"> Performance du système (ex : The Mental Health Care and Treatment Review Board – Annual Performance Report) Surveillance des maladies (ex : Newfoundland and Labrador Communicable Disease Surveillance – Monthly Disease Report, # de maladies en fonction des différentes régions de la province) Implantation de services/techniques (ex : Review of MRI siting options) Prévention (An Evaluation of the Newfoundland and Labrador Injury Prevention Pilot Program in Long-Term Care) Stratégies d'amélioration (ex : temps d'attente à l'urgence) Plan de service (Newfoundland Labrador (NL) Radiation Therapy (RT) Service Plan to 2026) Etc. 	https://www.health.gov.nl.ca/health/
États-Unis	American College of Cardiology (ACC)	National Cardiovascular Data Registry (NCDR)	Informations sur la performance des hôpitaux pour les différents services et interventions en maladies cardiaques (ex : # d'infarctus traités durant la dernière année, # d'angioplasties faites dans la dernière année, # de défibrillateur installé, proportion de patients qui prenaient des bêtas bloquants avant leur infarctus, etc.)	https://cvquality.acc.org/NCDR-Home/acc-public-reporting
États-Unis	American Heart Association	NA	NA	https://www.heart.org/
États-Unis	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), part of the Department of Health and Human	CMS Data Navigator	Rapports, données, « chart books », outils interactifs et publications disponibles publiquement sur les sujets de toutes sortes en lien avec des programmes des CMS.	https://www.cms.gov/

	Services (HHS)			
États-Unis	Medicare	Hospital Compare Nursing Home Compare	Outils permettant de comparer des hôpitaux et des foyers pour personnes âgées. La comparaison se fait sous forme de cotes de qualité (étoile) en lien avec plusieurs indicateurs, comme la cote qualité globale, les inspections, le personnel, les mesures de qualité, etc.	https://www.medicare.gov/hospitalcompare/search.html?# https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html?#
États-Unis	The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	NA	Le site de l'AHRQ fait le lien vers plus des ressources variées présentant des données sur la qualité du système de santé, notamment : -Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Database -The Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) -Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) -All-Payer Claims Databases -The United States Health Information Knowledgebase (USHIK) -State Snapshots	https://www.ahrq.gov/
États-Unis	The Society of Thoracic Surgeons (STS)	STS National Database	La base de données américaine STS a été créée en 1989 en tant qu'initiative pour améliorer la qualité et la sécurité des patients en chirurgie cardiaque. Au 1er janvier 2018, la base de données nationale STS comprend quatre composantes, chacune se concentrant sur un domaine différent de la chirurgie cardiothoracique: la chirurgie cardiaque pour adultes, la chirurgie thoracique générale, la chirurgie cardiaque congénitale, ainsi que l'assistance circulatoire mécanique via la base de données Intermacs. Il est possible de faire une recherche par hôpital ou par équipe de soins. Des notes / étoiles sont attribuées en fonction du service/des interventions.	https://publicreporting.sts.org/
États-Unis	U.S. Department of Health & Human Services (HHS)	NA	NA	https://www.hhs.gov/about/index.html
États-Unis	Veterans Affairs	VA's Open Data Portal	En cours de développement.	https://www.va.gov/

Nouvelle-Zélande	Health Quality & Safety Commission New Zealand	The New Zealand Atlas of Healthcare variation	<p>L'atlas donne des données locales (district health boards) de prévalences, incidences et traitements sur</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'asthme ○ Plusieurs types de cancers ○ Les maladies cardiovasculaires ○ L'usage d'antibiotiques parmi la population ○ Le diabète ○ Certains indicateurs démographiques ○ Des indicateurs d'équité ○ Les chutes ○ La goutte ○ L'accès aux services de santé ○ Les infections et antibiotiques après une chirurgie majeure ○ La santé maternelle ○ La santé mentale ○ Les opioïdes ○ La détérioration de l'état de santé des patients ○ La polypharmacie chez les personnes âgées ○ Les procédures chirurgicales ○ Les traumatismes ○ Le bien-être des enfants 	<p>https://www.hqsc.govt.nz/</p> <p>https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/projects/atlas-of-healthcare-variation/</p>
Nouvelle-Zélande	Public Health Surveillance	NA	<p>Le site produit des rapports sur des temps varie et à des échelles variées: certains rapports datent de 2008, tandis que des données en 2019 sont disponibles pour d'autres sujets. Parfois les données sont nationales, parfois les données sont locales.</p> <p>Les données couvrent beaucoup de sujets, voici quelques exemples : les antibiotiques, les épidémies, les infections au streptocoque, les maladies invasives à pneumocoque, la rougeole, la tuberculose, la surveillance virologique, la résistance antimicrobienne, etc.</p>	https://surv.esr.cri.nz/
Royaume-Uni	National Health Service (NHS)	NA	NA	https://www.nhs.uk



ANNEXE 3

Critères AMSTAR 2

Tableau 9. Critères d'évaluation AMSTAR 2

1. Les questions de recherche et les critères d'inclusion de la revue comprenaient-ils les éléments de PICO ?	9. Les auteurs de la revue ont-ils employé une technique satisfaisante pour évaluer le risque de biais des études individuelles incluses dans la revue ? (9a = essais cliniques randomisés; 9b = études cliniques non randomisées)
2. Le rapport de la revue contenait-il un énoncé explicite selon lequel les méthodes de la revue ont été établies avant sa réalisation, et le rapport justifiait-il tout écart important par rapport au protocole ?	10. Les auteurs de la revue ont-ils mentionné les sources de financement des études incluses ?
3. Les auteurs de la revue ont-ils expliqué leur choix des modèles d'étude inclus dans la revue ?	11. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils utilisé des méthodes appropriées pour réaliser une combinaison statistique des résultats ? (11a = essais cliniques randomisés; 11b = études cliniques non randomisées)
4. Les auteurs de la revue ont-ils eu recours à une stratégie exhaustive pour leur recherche de littérature ?	12. Si une méta-analyse a été effectuée, les auteurs de la revue ont-ils évalué les effets potentiels du risque de biais des études individuelles sur les résultats de la méta-analyse ou d'autres synthèses des données probantes ?
5. Les auteurs de la revue ont-ils réalisé la sélection des études en double ?	13. Les auteurs de la revue ont-ils tenu compte du risque de biais dans les études primaires au moment d'interpréter ou de discuter des résultats de la revue ?
6. Les auteurs de la revue ont-ils effectué la récupération des données en double ?	14. Les auteurs de la revue ont-ils expliqué et analysé de façon satisfaisante toute hétérogénéité observée dans les résultats de la revue ?
7. Les auteurs de la revue ont-ils fourni une liste des études exclues et une justification de leur exclusion ?	15. S'ils ont réalisé une synthèse quantitative, les auteurs de la revue ont-ils effectué un examen adéquat du biais de publication (biais résultant de la petite taille des études) et abordé ses effets probables sur les résultats de la revue ?
8. Les auteurs de la revue ont-ils décrit suffisamment en détail les études incluses ?	16. Les auteurs de la revue ont-ils déclaré toutes les sources potentielles de conflits d'intérêts, y compris le financement reçu pour réaliser la revue ?

*Les éléments considérés comme critiques sont mis en gras.



ANNEXE 4

Vignettes

Cette annexe contient trois exemples de programmes de diffusion publique présentés sous forme de vignette. Ces trois exemples ont été choisis pour illustrer certaines des bonnes pratiques identifiées dans ce rapport. Il importe cependant de noter qu'il ne s'agit pas de programmes qui ont nécessairement démontré leur impact à l'égard de l'amélioration de la qualité des soins de santé. L'information disponible ne nous permet pas de nous prononcer sur cet enjeu. La vignette portant sur *Health Quality Ontario* vise à mettre en évidence l'engagement de la population dans les initiatives de diffusion publique. Celle du *New York Cardiac Registry* illustre certaines pratiques pour maximiser la validité des données publiées. Finalement, l'exemple des registres orthopédiques du *National Joint Registry* au Royaume-Uni est intéressant en raison de ses pratiques de diffusion de l'information adaptées au profil de l'utilisateur.

Pratique inspirante — Implication des parties prenantes

La stratégie d'engagement des patients de *Health Quality Ontario*

Type d'émetteur

Organisme mandaté par le gouvernement

Destinataires

Public, organismes de santé, gouvernement et professionnels de la santé

Échelle de diffusion

Hôpital, région, code postal

Indicateurs

Sécurité des patients à l'hôpital, temps d'attente pour les opérations, interventions et en imagerie diagnostique, temps passé aux urgences, rendement des foyers de soins de longue durée, des soins à domicile et des soins primaires

Modalités de diffusion

Les informations provinciales et certaines informations à l'échelle régionale sont publiées sous forme de rapports disponibles en format PDF sur le site web.

Les informations à des échelles plus fines sont disponibles grâce à des moteurs de recherche interne sur le site web.

Pour en savoir plus

<https://www.hqontario.ca/Home>

<https://www.hqontario.ca/Patient-Partnering/Patient-Partnering-Tools-and-Resources>

Health Quality Ontario (2014) *Monitoring What Matters: Health Quality Ontario's approach to Performance Monitoring and Public Reporting*

Éléments clés de la stratégie

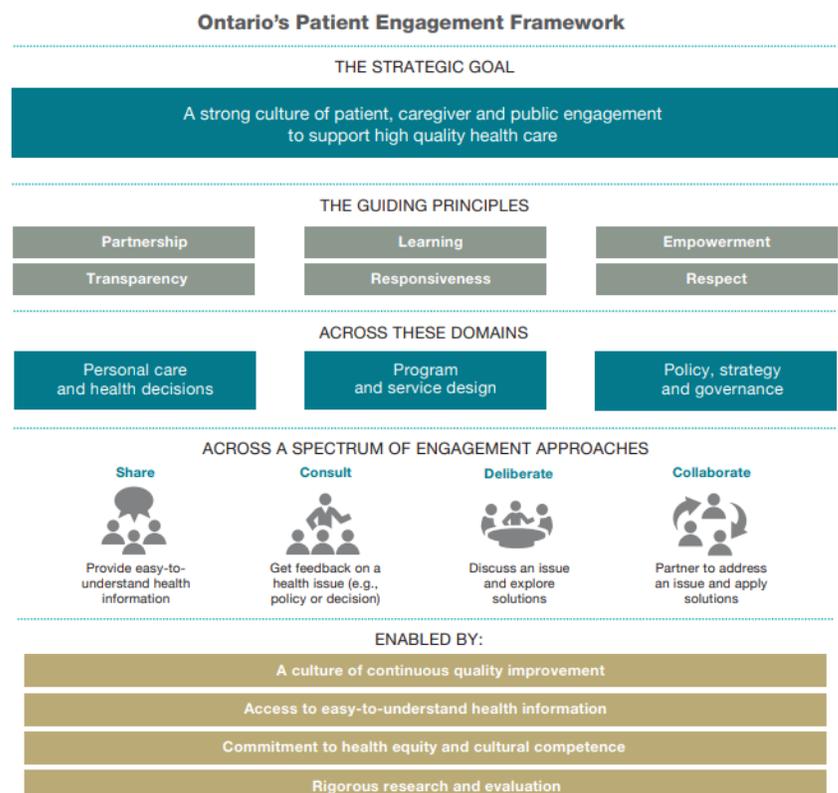
Des partenariats avec des patients: la stratégie *Monitoring What Matters*

Health Quality Ontario a mis en place une stratégie de partenariat avec des experts extérieurs à leur organisme pour la mise en place de son programme. L'un des volets de cette stratégie est l'engagement des patients, des pourvoyeurs de soins et du public. Cette stratégie vise à améliorer l'expérience des patients, la qualité des services de soins et à rendre le système de soins plus réactif.

Des ressources pour favoriser l'engagement des patients: *Patient engagement hub*

Pour soutenir la mise en place et l'utilisation de cette stratégie, Health Quality Ontario a développé une plateforme d'outils et de ressources en ligne pour favoriser les activités d'engagement des patients (exemples d'activités, outils de communication, de recrutement, etc.)

Le cadre d'engagement des patients



Pratique inspirante — Validité des données

Les leçons apprises des *New York State Cardiac Registries*

Éléments clés de la stratégie

Définition et sélection des données

Les données et leurs définitions sont déterminées par des sous-comités de chirurgiens et cardiologues de la CAC et sont révisées périodiquement.

Centralisation des données

Les hôpitaux ayant une approbation d'attestation de besoin pour réaliser des procédures invasives cardiaques dans l'état de New York doivent soumettre leurs données au programme des services cardiaques du Département de la Santé et à l'école de santé publique de l'Université d'Albany. Tous les hôpitaux ont des coordonnateurs de données cliniques qui interagissent avec, et sont formés par ce Département.

Assurer la collecte de données complètes

La première mesure vise à limiter les données manquantes et à s'assurer de la présence des données de tous les patients ayant reçu des procédures chirurgicales cardiaques. Pour y parvenir, le programme combine plusieurs sources de données: les données administratives hospitalières du Département de la Santé, celles du *State-wide Planning and Research Cooperative System*, le *National Death Index* ou encore les données statistiques vitales de New York.

Contrôle des données

La deuxième mesure vise à corriger et inspecter les données collectées. Les hôpitaux sont sélectionnés pour des procédures de contrôle en fonction de plusieurs facteurs: date du dernier audit, problèmes identifiés lors du dernier audit et haute prévalence de facteurs de risques importants en comparaison aux moyennes de l'État pour ces facteurs.

Les données sont révisées par les membres du Programme des services cardiaques pour vérifier leur exactitude.

Dans le cas où des erreurs ou problèmes sont identifiés, les hôpitaux doivent extraire et soumettre de nouveau leurs données. Ils doivent y adjoindre une documentation complémentaire pour expliquer la procédure d'extraction.

En cas de problème majeur, le Département de la Santé peut demander à un analyste indépendant de réaliser l'extraction des données. Les frais associés à cette procédure doivent être couverts par l'hôpital.

Type d'émetteur

Commission mandatée par le gouvernement

Destinataires

Public et hôpitaux

Échelle de diffusion

Chirurgiens et hôpitaux de l'état de New-York (États-Unis)

Indicateurs

Taux de mortalité (attendus, ajustés, sur trente jours) et procédures associées à des chirurgies cardiaques

Modalités de diffusion

Rapports disponibles en ligne diffusés tous les trois ans

Pour en savoir plus

<https://www.health.ny.gov/statistics/diseases/cardiovascular/>

Hannan, et al. (2012) The New York State Cardiac Registries. *Journal of the American College of Cardiology* 59 (25)

Pratique inspirante — Modalités de diffusion publique

Les registres orthopédiques du *National Joint Registry* au Royaume-Uni

Type d'émetteur

Organisme gouvernemental

Destinataires

Public et hôpitaux

Échelle de diffusion

Chirurgical, hôpital, région, Royaume-Uni

Indicateurs

Pratiques et activités chirurgicales de remplacements de hanches et de genoux, prothèses, démographies des patients

Sources des données

Les patients ayant reçu une arthroplastie peuvent consentir à ce que leurs données soient compilées dans le registre

Pour en savoir plus

<http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/default.aspx>

<https://surgeonprofile.njrcentre.org.uk/>

Porter, et al. (2019) Orthopaedic registries—the UK view (National Joint Registry): impact on practice

Méthodes de diffusion des données publiques (open access)

Les rapports annuels

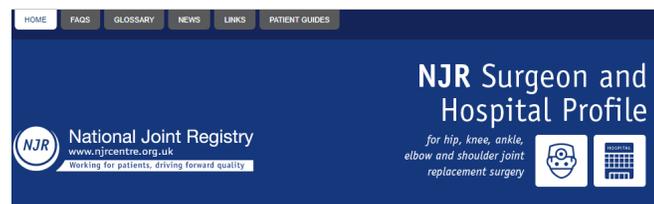
Les rapports annuels de ces registres présentent les tendances de pratiques chirurgicales, les niveaux d'activités, types d'implants et caractéristiques des patients. Ces données sont disponibles en ligne (site web interactif). Ce site permet au public de comparer et d'analyser les données sur plusieurs années.

Le guide du patient

Le *National Joint Registry* a publié un guide à destination des patients détaillant les bénéfices du programme. Ce guide a été développé avec des patients partenaires du Registre.

Site web National Joint Registry Surgeons and Hospital Profile

Ce site web donne accès aux données d'activités à l'échelle de l'hôpital et du chirurgien. Il permet aux patients et aux chirurgiens de réviser le nombre et le type de cas réalisés et de visualiser les résultats des chirurgies. Des graphiques permettent de comparer les résultats à l'échelle des hôpitaux en fonction de leur performance attendue.



I want to look at a surgeon or hospital by:

The information I have to hand

Fill in one or more of the fields below:

An A-Z listing:

Region

Alternatively you can also search by clicking a region:



Méthodes de diffusion des données avec accès restreints et sécurisés

Plusieurs portails avec accès sécurisés permettent aux professionnels de la santé, aux consultants, aux hôpitaux, ainsi qu'à certains chercheurs d'avoir accès à des données adaptées à leurs besoins et leurs pratiques.