



Bulletin d'information du CCECQA

n° 6
09/2000

CCECQA • Hôpital Xavier Arnoz • 33604 Pessac cedex
Tél. 05 56 15 81 35 • Fax. 05 56 15 81 36
E-mail : secretariat@ccecqa.asso.fr • <http://www.ccecqa.asso.fr>

Editorial

Depuis 1997, la publication périodique par les journaux "grand public" d'un classement des établissements de santé effectué sur la base d'indicateurs de performance objective la forte attente des "consommateurs" dans le domaine de la qualité des soins. L'éthique d'une telle pratique journalistique et la qualité méthodologique de ce classement suscitent parallèlement une vive polémique.

Ce phénomène médiatique est l'occasion de rappeler que l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux malades et à la population est le seul objectif pertinent de l'évaluation en santé. Pour que cet objectif soit atteint, il faut disposer de "bons" indicateurs permettant de mesurer les performances atteintes par les professionnels de santé dans le cadre de leurs pratiques professionnelles.

De plus en plus souvent utilisés non seulement par les médias mais aussi par les organismes administratifs et de tutelle, les indicateurs sont des outils encore peu connus par ceux qui quotidiennement mettent en oeuvre les soins. C'est dans le but de contribuer à l'appropriation de ces outils par les acteurs du terrain que ce numéro du CCECQA vous propose, à travers des exemples concrets, de découvrir (ou de mieux connaître) ce qu'est un indicateur et quelles en sont les différentes propriétés. La mesure de la qualité est une tâche difficile car la qualité concerne non seulement l'efficacité et l'efficience des soins (que l'on cherche à évaluer par des indicateurs de résultats) mais aussi d'autres dimensions comme l'accès, l'adéquation ou la continuité des soins, le respect des délais par les professionnels ou l'implication des malades dans leur prise en charge. Une grande rigueur méthodologique est de ce fait nécessaire pour élaborer des indicateurs valides et fiables.

Cependant, même s'ils sont correctement construits, les indicateurs risquent d'être rejetés par les professionnels de santé si les objectifs qu'on leur assigne ne sont pas clairement définis et acceptés. Recueillir un indicateur en vue d'en utiliser les résultats au sein de son service repose sur une autre démarche que recueillir cet indicateur dans le cadre d'une enquête externe réalisée avec des objectifs de contrôle et de restructuration. Pour que les indicateurs puissent être vraiment un outil d'amélioration continue de la qualité, il est souhaitable que les acteurs du terrain en aient la maîtrise conceptuelle et méthodologique ; il est nécessaire qu'ils soient partie prenante dans leur utilisation. C'est là tout l'ambition du projet INQA qui se met en place en Aquitaine et qui vise à la constitution d'une banque d'indicateurs construits par les professionnels eux-mêmes, puis validés par le CCECQA. Et pourquoi pas imaginer qu'à terme cette banque conduira à l'élaboration d'une base régionale permettant à tous les acteurs du système de santé en Aquitaine de partager l'expérience acquise au sein des différentes structures hospitalières, de mettre en place des actions d'auto-évaluation et éventuellement d'évaluations externes décidées d'une façon collégiale ?

ECO

Prochainement une Enquête de Connaissance et d'Opinion sur le CCECQA sera réalisée auprès de ses adhérents

Venez découvrir

le site internet du CCECQA :
<http://www.ccecqa.asso.fr>

DE NOUVEAUX LOCAUX POUR LE CCECQA

Depuis mai 2000, l'équipe du CCECQA vous accueille à Pessac sur le site de Xavier Arnoz. Notez nos nouvelles coordonnées.

NOUVEAUX ADHÉRENTS

Centre de Santé Mentale MGEN
(Bordeaux)
Centre de Réadaptation
Cardio-Respiratoire TOKI EDER
(Cambo les Bains)
CH Camille Claudel (La Couronne)
CSSR Châteauneuf (Léognan)
CSSR Les Lauriers (Lormont)
Clinique Mutualiste du Médoc
(Lesparre)
HL Mauléon (Mauléon)
CH Saint Jean d'Angély
(Saint-Jean-d'Angély)
HL Chenard (Saint-Aulaye)

Pr Michel Amouretti

INQA Les Indicateurs de Qualité des Soins

Connaître les performances des établissements, et plus largement du système de santé, est indispensable pour améliorer la qualité des soins des individus et des populations, pour orienter les choix des décideurs et pour répondre à la demande des malades, de leur famille et de la société.

Cette connaissance passe par le développement d'indicateurs de qualité des soins.

Ce projet est baptisé INQA (INdicateurs de Qualité en Aquitaine). Son objectif est d'élaborer une banque d'indicateurs partagée par tous les établissements. Pour cela, les établissements vont recenser pendant le dernier trimestre 2000 tous les indicateurs utilisés et en cours de développement ; ces indicateurs seront revus par des experts afin de les optimiser ; ils seront ensuite inclus dans la banque d'indicateurs qui sera disponible sur le site internet du CCECOA à la fin du premier semestre 2001.

Les établissements de santé de la région aquitaine initient une démarche commune

Le recensement est réalisé à l'aide d'une grille commune, pré-testée dans plusieurs établissements et validée par des professionnels (médecins, cadres infirmiers, qualitatifs, gestionnaires). Il sera réalisé par des référents de chaque établissement avec les professionnels qui ont élaboré des indicateurs.

UNE DÉFINITION DES INDICATEURS

Un indicateur est une variable mesurable utilisée afin de vérifier, d'assurer un suivi et d'évaluer la qualité des soins, des activités médico-techniques et logistiques et des services administratifs. Le suivi périodique d'indicateurs constitue le socle de l'amélioration continue de la qualité.

Les termes de référence, de critère et d'indicateur sont parfois confondus. Rappelons les définitions de l'ANAES. Une référence est "l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité". Un critère est "l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence". Enfin l'indicateur permet de mesurer un critère. En résumé, un indicateur est un outil de mesure alors que références et critères énoncent des objectifs.

LES TYPES D'INDICATEUR

Un indicateur peut mesurer un pourcentage comme le pourcentage d'examen endoscopiques suivis de complications ou le pourcentage de plaintes ayant fait l'objet

d'une enquête et d'une réponse.

Un indicateur peut mesurer une moyenne comme le délai moyen d'envoi du courrier de sortie.

Un indicateur peut mesurer des événements sentinelles, c'est-à-dire que leur gravité, ou leur survenue improbable en dehors d'un dysfonctionnement, justifie qu'une recherche des causes soit lancée dès le constat d'un nombre très faible, voire d'un seul événement comme l'administration d'un produit sanguin labile incompatible ou décès maternel en obstétrique. Un autre type d'indicateur sentinelle mesure l'existence de document comme la perte d'un dossier de soins ou la présence d'un organigramme hiérarchique et fonctionnel du service.

Lorsque la mesure et l'interprétation d'un indicateur nécessitent de prendre en compte les caractéristiques des patients ou des établissements, l'indicateur se présente sous la forme d'un ratio standardisé comme le taux de mortalité ajusté.

LES DOMAINES DE LA QUALITÉ DES SOINS

Les indicateurs se rapportent à une structure, un processus ou un résultat.

Les indicateurs de structure concernent les ressources matérielles, humaines, financières et sont surtout utilisés pour la planification et les autorisations.

Les indicateurs de processus concernent les pratiques de soins comme le pourcentage de consultations pré-anesthésiques en chirurgie programmée, l'organisation des soins comme le temps moyen d'attente en consultation, ou la gestion comme le pourcentage de dossiers incomplets au moment de la consultation.

Les indicateurs de résultats concernent la mortalité (taux de mortalité après chirurgie coronaire), la morbidité (pourcentage de chutes des malades) ou la satisfaction (score moyen de satisfaction, pourcentage de plaintes). Ces sont les indicateurs les plus médiatisés.

LES DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS

Ces définitions, précises, comprennent des termes très larges pour être applicables à

toutes les activités des établissements. Le terme "prestation" ainsi correspond aux activités de soins, d'organisation et de gestion.

L'efficacité caractérise le degré d'atteinte des objectifs alors que l'efficience caractérise la relation entre les résultats et les ressources utilisées. La sécurité caractérise le degré de maîtrise des risques liés à une intervention ou à l'environnement. L'adéquation caractérise des prestations pour lesquelles le bénéfice attendu est supérieur aux conséquences néfastes attendues. Pour les soins, un exemple est celui de la surprescription en particulier. L'implication concerne le degré de participation des usagers, des personnels et des services clients dans les décisions et les activités les concernant. C'est une condition essentielle de l'acceptabilité. L'accessibilité implique d'une part l'existence et la disponibilité des prestations et d'autre part la capacité des usagers, des personnels et des services clients à utiliser cette prestation. La continuité caractérise le degré de coordination des soins et autres activités de la structure entre professionnels et services (à l'intérieur de la structure et vers l'extérieur) et dans le temps. Le respect des délais caractérise la capacité de rendre les prestations de la structure dans des délais appropriés aux besoins des usagers, des personnels et des services clients.

LES QUALITÉS REQUISES D'UN INDICATEUR

Quatre qualités sont requises pour un indicateur.

- Il doit être
- pertinent,
 - opérationnel,
 - fiable,
 - et valide.

Il est d'autant plus pertinent qu'il permet de repérer directement les causes des dysfonctionnements et que les actions correctrices ont un impact important sur les résultats. Par exemple, le temps moyen d'attente aux consultations est un indicateur pertinent car les causes possibles sont bien identifiées (retard du médecin, absence de prévision des appels urgents) et la réduction du temps d'attente a un impact fort sur la satisfaction des patients. De façon générale, les indica-

teurs de processus sont souvent plus pertinents que les indicateurs de résultat.

Un indicateur est opérationnel si sa mesure est réalisable en pratique et s'il répond à une attente de professionnels. La mesure est d'autant plus réalisable que l'indicateur existe dans une base de données ; quel que soit le mode de recueil, la charge de travail doit être au préalable définie et acceptée. L'indicateur répond à une attente des professionnels s'il concerne un domaine dans lequel ils ressentent un besoin d'amélioration, s'ils adhèrent au référentiel et ont confiance dans l'indicateur et si l'enjeu de l'évaluation est explicite et accepté. Par exemple, le temps moyen d'attente aux consultations peut être difficile à mesurer si une enquête spécifique impliquant le secrétariat et l'ensemble des médecins consultants est nécessaire.

Un indicateur est fiable s'il donne des résultats constants lorsqu'il est appliqué de façon répétitive sur une même réalité. Parmi les causes de manque de fiabilité, citons l'hétérogénéité du codage dans une base de données et les variations liées aux observateurs lors d'enquêtes spécifiques. Par exemple, le recueil des chutes ne sera fiable que si la définition et le codage des différents types de chute sont précisément préalablement au recueil et si l'exhaustivité du recueil est assurée.

Un indicateur est valide s'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer. En particulier, sa variation doit refléter une variation de la qualité des soins et pas celle d'une autre réalité. Par exemple, le taux brut de mortalité n'est pas un indicateur valide car le risque de décès dépend non seulement de l'efficacité et de la sécurité des soins, mais aussi de l'âge des malades, de la sévérité de la maladie, des pathologies associées... Ces variables sont appelées variables d'ajustement car elles influencent la valeur de l'indicateur sans être liées à la qualité des soins. Il s'agit le plus souvent des caractéristiques de la population prise en charge et parfois des caractéristiques des structures de soins.

LIMITES ET DIFFICULTÉS DES INDICATEURS

Les limites méthodologiques des indicateurs actuellement utilisés dans les établissements sont un manque de pertinence et une absence de validation (fiabilité et validité des indicateurs inconnues) car souvent les indicateurs ont été élaborés à partir des informations existantes après une réflexion insuffisante sur les besoins d'information. La conséquence principale de cette limite est que ces indicateurs sont difficilement interprétables, notamment les indicateurs de résultats.

Les réticences à la mise en place des indicateurs sont essentiellement liées à la crainte d'une utilisation conflictuelle.

La tentation est en effet souvent d'utiliser un même indicateur à des fins internes, dans un service ou lors d'une démarche qualité, et à des fins externes de comparaison et de contrôle. Par-dessus tout, les professionnels craignent un "dérapage médiatique" comme celui présenté dans l'encadré ci-dessous.

COMMENT CONSTRUIRE UN " BON " INDICATEUR

La situation "idéale" est un indicateur valide, ayant un champ d'application non conflictuel et ayant un impact fort sur le résultat, les pratiques, l'organisation ou la gestion. Il est élaboré dans le cadre d'une démarche qualité dans un objectif bien défini. Voici quelques facteurs favorisant la réussite de la mise en place d'un indicateur.

- Impliquer fortement les professionnels concernés dans toutes les phases de la définition des objectifs et de l'élaboration,
- S'assurer que chacun des acteurs a un intérêt direct à l'évaluation,
- Construire de préférence des indicateurs de processus en nombre limité,
- S'assurer d'un appui méthodologique fort,
- Garantir une source de données fiables.

CONCLUSION

L'élaboration d'indicateurs est un aspect incontournable de l'évaluation et de la qualité. Il faut être vigilant sur l'objectif de l'évaluation qui conditionne les modalités d'utilisation des indicateurs : certains doivent être développés par les professionnels pour leur propre usage, d'autres pour un usage externe dans le cadre de la communication externe des établissements, de l'accréditation, des contrats d'objectifs, des demandes d'autorisation, etc. Parfois certains seront pertinents pour ces deux utilisations. Dans tous les cas, les aspects méthodologiques parfois complexes de leur élaboration justifient la mise en place d'une démarche prudente et progressive dont la première étape est le projet INQA.

Remerciements : Pr L.R. Salmi
et Pr M. Amouretti

Une définition des indicateurs : deux exemples :

• **Référence** : les professionnels des secteurs de radiologie et des secteurs d'activité clinique déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

Critère : les prescriptions d'examen radiologiques mentionnent les renseignements cliniques et les objectifs de la demande.

Indicateur : pourcentage de bons de demande de radiologie pulmonaire correctement remplis.

• **Référence** : le consentement du patient est requis pour toute pratique le concernant.

Critère : le patient est informé des bénéfices et des risques de toute intervention chirurgicale.

Indicateur : pourcentage de coelioscopies en chirurgie gynécologique pour lesquelles le consentement est noté dans le dossier.

Documents disponibles au CCECQA

SÉRIES D'ARTICLES

- La recherche, octobre 1999, p.64-78
- La Presse Médicale 1999 ,28, p.1595-1616 (2 octobre 99)

ARTICLES SCIENTIFIQUES environ 150 dont :

- Michel P, Salmi LR et al. Les indicateurs de processus en santé, importance et limites actuelles. Rev Epidemiol Sante Pub, 2000, in press

LIVRES

- Kazadjian VA, Lied TR. Healthcare performance measurement: systems design and evaluation. Milwaukee: American Society for Quality, 1999. (Caldwell C, ed. ASQ Health Care Series)
- National library of healthcare indicators. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, 1997.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. (2 ed.) New York: Oxford University Press, 1995.

BANQUES D'INDICATEURS

- CNAMTS. Projet ECSSH
- AHQR. Base CONQUEST 2.0
- JCAHO. Citée ci-dessus

Les conséquences d'un manque de validité : exemple d'une enquête controversée.

Les palmarès des établissements de santé publiés dans la revue Sciences et Avenir en 1998 portaient sur plusieurs disciplines chirurgicales. Les auteurs ont classé les établissements dans chaque discipline selon une note sur 20 produite à partir de trois indicateurs : le taux de mortalité ajusté sur l'âge, le nombre d'interventions pratiquées en 1996 et la notoriété définie par le pourcentage de patients résidant hors du département de l'établissement. Le poids attribué à chaque indicateur était différent. Les sources de données étaient le PMSI et les rapports des médecins conseils de l'Assurance Maladie. Les limites de cette enquête ont été soulignées à de nombreuses reprises. Citons entre autres l'absence de prise en compte de la sévérité clinique pour ajuster le taux de mortalité, le volume d'activité qui dépend de la pertinence des indications chirurgicales, l'influence de la localisation géographique des établissements sur le pourcentage de patients résidant hors de leur département, le poids prépondérant des indicateurs de notoriété et d'activité...

Infos...

Publications du CCECOA

Rapport d'activité 1999 du CCECOA

B. Bouchon, F. Saillour, M. Croutte, M.A. Lavigne, M.O. Audibert, P. Fialon. Sécurité transfusionnelle et personnel infirmier.

Objectif Soins 2000, 88:31-33

Ph. Michel, A.M. de Sarasqueta, V. Daucourt, C. Dubos. AECA, une méthode de préparation à l'accréditation. Gestions Hospitalières mai 2000, 396:369-372

Actualité de la Presse

N'ont été retenus que les dossiers thématiques publiés dans les revues professionnelles.

Accréditation

Comment mener à bien la procédure d'accréditation. Objectif soins mai 2000, n°86.

Qualité

Dossiers spéciaux Qualité. Gestions Hospitalières, mai 2000, n°396 et 397.

Certification

Dossier spécial. Espace Social Européen 06/04/2000, n° 504.

Evaluation

L'évaluation d'une pratique soignante, le dossier soins infirmier. Technique Hospitalière, janvier/février 2000, n° 643.

Médecine Factuelle (Evidence Based Medicine)

Chest, 2000, 118 : 1S-73S.
Journal of Evaluation in Clinical Practice
Vol 6, 2000.

Agenda

• PMSI Psychiatrie : réalité en 2001
Journée inter régionale AAPIMEP
(Aquitaine, Poitou-Charente, Midi-Pyrénées).

Le 7 décembre 2000 à l'IMS
de Xavier Arnozan.

Renseignements et inscription :
DIM de Cadillac : Tél. 05 56 06 42 00

• 6th European Forum on Quality
Improvement in Health Care
Les 29, 30 et 31 mars 2001
à Bologne (Italie).

• ISTAHC (the International Society of
Technology Assessment in Health Care)
du 3 au 6 juin à Philadelphie (USA).

Documents et outils disponibles

Elaborés à l'issu des projets réalisés par le CCECOA qui propose une aide ponctuelle pour leur utilisation dans les établissements

Préparation à l'accréditation

Méthode QualiHop : Guide méthodologique des étapes préalables à l'engagement des établissements dans la procédure d'accréditation.

Méthode AECA : Guide méthodologique d'auto-évaluation. Classeurs de questionnaires et CD Rom d'exploitation.

Accueil en CMP : Guide méthodologique de conduite de l'auto-évaluation.

Questionnaires de satisfaction

SAPHORA : Questionnaire d'enquête et questionnaire de sortie pour les patients hospitalisés en court séjour.

Elaboration de recommandations

• Recommandations de prescription des

enzymes myocardiques dans l'infarctus du myocarde.

- Recommandations de prescription du bilan thyroïdien chez l'adulte.
- Recommandations du bilan préopératoire (consensus régional).

Evaluation des pratiques

- Prise en charge des schizophrènes : rapport d'étude.
- Prescription des enzymes myocardiques : rapport d'étude.
- Prescription du bilan thyroïdien : rapport d'étude.

Evaluation des connaissances

Transfusion sanguine et personnel soignant : questionnaire et rapport d'étude

Projets en cours

Des documents de présentation et de suivi des projets sont à votre disposition sur demande au secrétariat du CCECOA.

Evaluation des pratiques

Dossier patient : Démarche d'amélioration du dossier de soins réalisée à partir d'audit périodique. Test de la méthode d'échantillonnage LQAS pour évaluer la conformité de chaque service clinique.

Programme d'amélioration de la qualité

RAI (Resident Assessment Instrument)
Outil d'amélioration de la prise en charge de la personne âgée par une évaluation continue pluridisciplinaire et l'aide à l'élaboration du plan de soins.

Douleur : Programme reposant sur la mise en place de structures (CLUD, référents douleurs), l'évaluation de la qualité de la prise en charge et l'appui méthodologique aux services cliniques volontaires pour améliorer leur pratique.

Questionnaires de satisfaction

SAPHORA-PSY : questionnaire d'enquête des patients hospitalisés en psychiatrie (en fin de validation).

SAPHORA-JOB : questionnaire d'enquête du personnel des établissements de santé (en cours d'élaboration).

Logiciel d'enquêtes de satisfaction :
En cours de tests.

Evaluation des réseaux

RIHRA : Evaluation du fonctionnement, de l'efficacité et de l'efficience du Réseau d'Imagerie inter-Hospitalier de la Région Aquitaine.

Elaboration d'indicateurs

INQA : Constitution d'une banque d'indicateurs de qualité des soins utilisés et en cours de mise en place dans les établissements.

Elaboration et validation d'indicateurs :

- dossier de soins,
- prise en charge de la douleur,
- bilan préopératoire,
- satisfaction des patients.

COMITÉ DE RÉDACTION

Madame Audibert (CHIC Marmande Tonneins)

Monsieur Danzon (CH Blaye) • Docteur Farraggi (CHS Cadillac)

Docteur Minard (Président du CCECOA) • Docteur Pourin (Membre du CCECOA)