

# Indicateurs qualité et réseaux de santé

**Prof Vendittelli F, prof Lémery D, Mme Belgacem B,  
prof Gerbaud L.**

**CHU de Clermont-Ferrand ;  
Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne ;  
Université d'Auvergne-PEPRADE ;  
Audipog.**



Je déclare ne pas avoir  
de conflit d'intérêts

# Introduction

- **Les indicateurs sont à la mode !**
  - Rapport OMS 2000 : pour un système de santé plus performant
  - OCDE : indicateurs de la qualité des soins de santé ou Health Quality Indicators (HCQI)
  - Path (Performance Assessment Tool for Quality Improvement)
  - Compaqh (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière)
  - Certification établissements de santé par la HAS
  - Evaluation externe et interne des RSP
  - **Demandes usagers et ministérielles.....**
- **Mais ?**

# Un indicateur : c'est quoi ? (1)

- **La définition varie selon qui ont est :  
épidémiologiste, statisticien,  
économiste, qualitatifien..**
- **Pour un épidémiologiste :**
  - **Variable qualitative ou quantitative permettant d'évaluer l'état de santé**
  - **On peut définir des indicateurs au niveau d'une population (espérance de vie) ou au niveau individuel (score de précarité Epices)**

# Un indicateur : c'est quoi ? (2)

- **Pour un statisticien :**

L'indicateur est à la statistique ce que l'information est à la donnée c.a.d une forme traitée, évoluée et portant un sens précis

- **Pour un qualitecien : Norme NF X-50-120 (Afnor) ou ISO 8402 :**

« Information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis »

**Suivant cette définition, l'existence d'informations numériques et répétées est donc nécessaire pour qu'une information quantitative soit qualifiée d'indicateur**

# Un indicateur qualité ? (1)

- Donnée chiffrée qui permet de s'assurer de l'atteinte du critère qualité que l'on souhaite atteindre  
ex : taux d'APD dans les maternités du RSP
- Un critère est un objectif opérationnel qui précise, détaille une référence qualité  
ex : prise en charge douleur lors de l'accouchement au sein du RSP

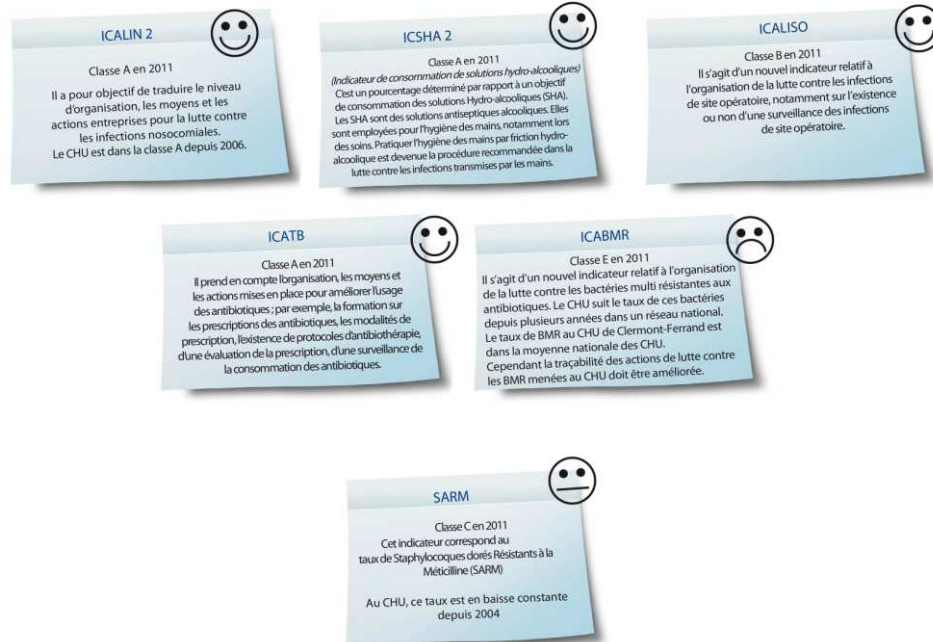


LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Le CHU met en place des moyens de lutte contre les infections et développe des formations auprès des professionnels. Le CHU suit les indicateurs spécifiques et reconnus nationalement pour mesurer l'efficacité de la lutte contre les infections nosocomiales. Le CHU est fortement engagé contre ce risque.

Ainsi, chaque année le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales établit un programme destiné à renforcer le dispositif de lutte contre ces infections et contre les bactéries résistantes aux antibiotiques. L'évaluation de ce dispositif repose sur des indicateurs exprimés en classe allant de A à E pour les moins performants.

Pour le bilan 2011, ces indicateurs ont été modifiés par le Ministère et rendus plus exigeants. Le score agrégé du CHU reprenant les résultats des indicateurs présentés ci - dessous est de 82.65/100 correspondant à la classe B.



# Indicateurs qualité des ES : sante.gouv.fr (site platines)

- **ICALIN** - indice composite IN
- **ICSHA** - indice consommation solutions hydro-alcooliques
- **ICATB** - indice consommation des antibiotiques
- **ICALISO** - surveillance ISO
- **ICABMR** - bactéries multi résistantes
- **SARM** (staphylococcus aureus résistant à la méticilline)
- **Traçabilité de l'évaluation de la douleur - Dépistage des troubles nutritionnels - Tenue du dossier patient...**

# Un indicateur qualité ? (2)

- Même si ces indicateurs sont qualifiés de « qualité », ils sont traités comme les indicateurs quantitatifs
- Bien qu'un indicateur soit le reflet imparfait d'une réalité difficilement observable, il doit avoir certaines qualités afin de réduire au minimum les biais dans l'information et la décision produite :  
« un indicateur indique, il ne juge pas »  
(ex: quel est le bon taux de césariennes au sein du RSP ?)



# Validité d'un indicateur (1)

- **Pertinence** : En rapport avec le phénomène observé = capacité à être interprété
- **Sensibilité** : Capacité à réagir à des écarts au critère considéré = récupérer un signal  
**sensibilité =  $a/(a+c)$**

	Réalité +	Réalité -
Indicateur +	a	b
Indicateur -	c	d

# Validité d'un indicateur (2)

- **Spécificité** : Capacité à ne représenter que le critère = élimination du bruit de fond

$$\text{Spécificité} = d/(b+d)$$

	Réalité +	Réalité -
Indicateur +	a	b
Indicateur -	c	d

# Validité d'un indicateur (3)

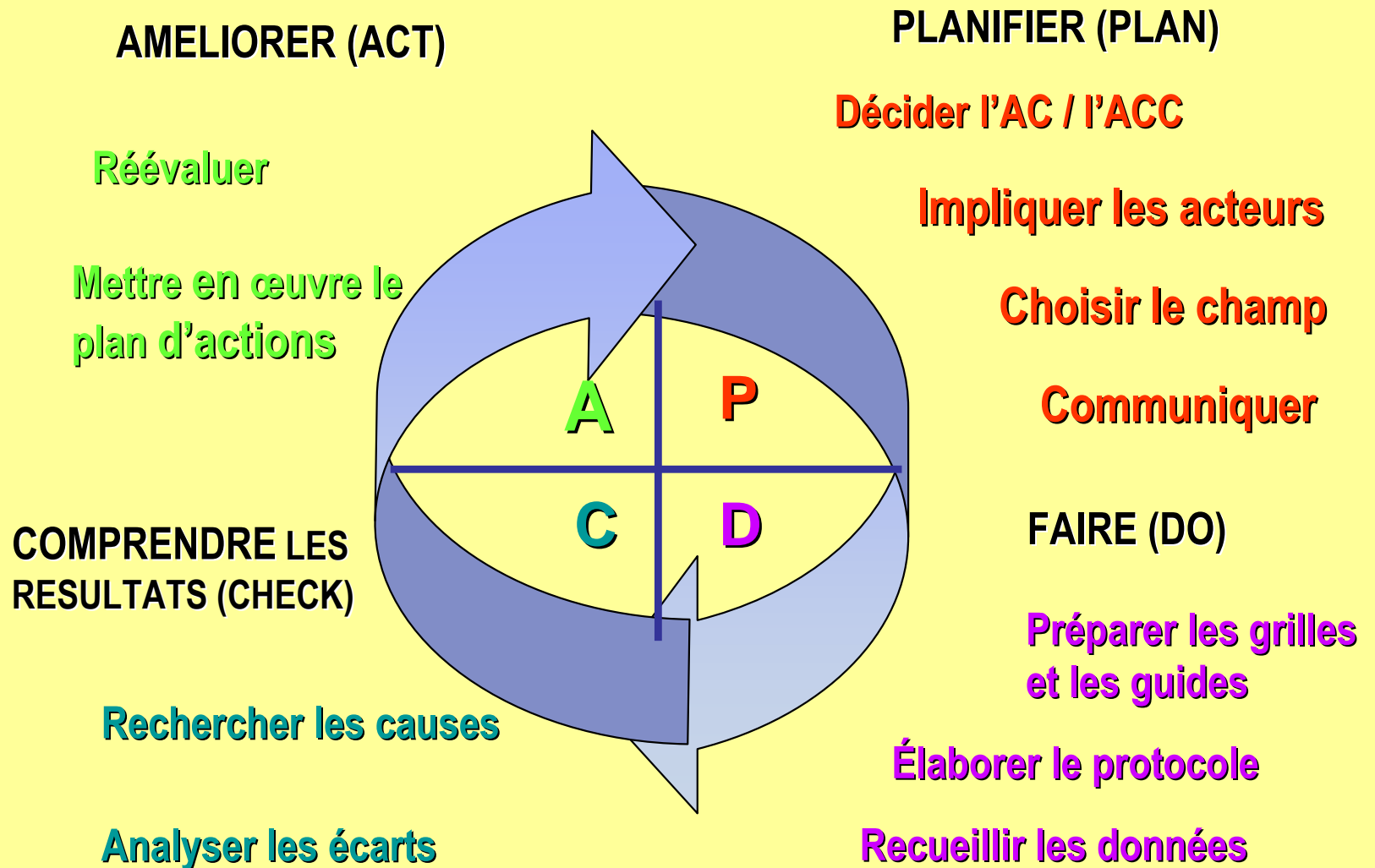
- **Reproductibilité** (fiabilité) : Répétition, indépendance, qualité de la définition
- **Faisabilité** : Coût financier et humain du recueil (importance de la perception du sens de la démarche par les personnes chargée du recueil)
- **Acceptabilité** : Ne pas créer de rejet. **Il doit donc être simple** (crédible, compréhensible pour tous, facile à calculer)
- **Robustesse** : Capacité à ne pas être facilement manipulé = fiabilité

# Pourquoi construire un indicateur ? (1)

- Une construction intellectuelle est nécessaire pour approcher le réel qui est complexe
- Mais au prix d'une simplification, d'une réduction d'information = appauvrissement du réel
- **Utile** pour décrire, suivre une évolution, aider à la décision, évaluer notamment un plan d'actions d'amélioration, aider à prévoir ou planifier

**Mais à elle seule, la mesure ne fait pas la qualité !**

**Mais il n'y a pas de qualité sans mesure**



# Pourquoi utiliser un indicateur ?

- **Que veut-on mesurer ?**
  - l'amélioration de la santé d'une population?
  - La qualité technique des soins ? Leur sécurité ?
  - La bonne utilisation des moyens alloués ?.....
- **A l'aide de quels types d'indicateurs :**
  - de structure, de procédure, de résultats  
(**Donabedian**)
  - Performance (efficacité, activité), évaluation, politique qualité (**Berwick**)
- **A quelles fins ? :**
  - Maîtrise des coûts ?
  - Amélioration état santé de la population ?
  - Comparaison régionale ou internationale ?
  - Benchmarking ES.....?

# Comment récupérer un indicateur au sein d'un RSPA?

- Enquête ad hoc ponctuelles (recherches ou EPP)
- Indicateurs à minima annuels demandés aux maternités
- Relevé continu d'indicateurs plus qualitatifs
- Bases de données : PMSI ou autres bases comme Audipog

# Quelques exemples



# **Suivi d'indicateurs à partir des dossiers patients**

# Exemple des sorties précoces : « suivi d'indicateurs qualité » (1)

<b>Auvergne (indicateur procédure)</b>	<b>1999 (n=2125) %</b>	<b>2001 (n=1208) %</b>	<b>2005 (n=1690) %</b>	<b>2007 (n=1222) %</b>
<b>Si VB</b>	0	3,4	4,1	5,1
<b>Audipog</b>	4,0	6,3	9,3	9,8
<b>Si césarienne</b>	0	1,8	6,8	6,2
<b>Audipog</b>	1,9	5,2	9,1	10,7

## Exemple de la corticothérapie : « suivi d'indicateurs qualité » (2)

<b>Auvergne (indicateur procédure)</b>	<b>2001 (n=1208) %</b>	<b>2005 (n=1690) %</b>	<b>2007 (n=1222) %</b>
<b>Corticothérapie si MAP</b>	12,8	41,7	52,0
<b>Audipog</b>	27,6	40,5	36,8
<b>Corticothérapie si AP &lt; 33 SA</b>	50,0	22,2	92,3
<b>Audipog</b>	41,3	50,3	51,4

## Exemple du tabac : « suivi d'indicateurs qualité » (4)

Échantillon des mères  (indicateur de résultats)	RSPA 1999 %	Audipog 1999 %	RSPA 2002 %	Audipog 2002 %	RSPA 2007 %	Audipog 2007 %
<b>Parmi fumeuses avt G :</b> - Si < 10cig/j : <b>arrêt tabac</b> - Si $\geq 10$ : <b>arrêt tabac</b>	<b>42,5</b>	<b>46,1</b>	<b>48,3</b>	<b>49,4</b>	<b>66,1</b>	<b>58,5</b>
	<b>13,7</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,9</b>	<b>23,7</b>	<b>24,7</b>

# **Suivi d'indicateurs à partir des registres d'accouchements**

**Exemple du taux de césariennes**  
**« suivi d'indicateurs de procédure »**

# Taux de césariennes au sein des maternités du RSPA

	<b>2007</b> %	<b>2008</b> %	<b>2009</b> %	<b>2010</b> %	<b>2011</b> %
<b>Mat 1</b>	<b>18,09</b>	<b>17,36</b>	<b>19,77</b>	<b>19,43</b>	<b>22,40</b>
<b>Mat 2</b>	<b>17,32</b>	<b>18,76</b>	<b>20,42</b>	<b>20,27</b>	<b>20,52</b>
<b>Mat 3</b>	<b>24,95</b>	<b>25,01</b>	<b>23,11</b>	<b>22,21</b>	<b>21,40</b>
<b>Mat 4</b>	<b>?</b>	<b>23,24</b>	<b>24,28</b>	<b>25,10</b>	<b>22,96</b>
<b>Mat 5</b>	<b>15,65</b>	<b>17,18</b>	<b>19,21</b>	<b>18,36</b>	<b>18,90</b>
<b>Mat 6</b>	<b>20,52</b>	<b>19,82</b>	<b>21,02</b>	<b>23,07</b>	<b>23,90</b>
<b>Mat 7</b>	<b>16,70</b>	<b>16,19</b>	<b>14,25</b>	<b>16,33</b>	<b>17,73</b>
<b>Mat 8</b>	<b>?</b>	<b>14,39</b>	<b>13,29</b>	<b>14,45</b>	<b>15,22</b>
<b>Mat 9</b>	<b>44,31</b>	<b>25,53</b>	<b>23,70</b>	<b>19,33</b>	<b>23,26</b>
<b>Mat 10</b>	<b>16,15</b>	<b>13,54</b>	<b>17,20</b>	<b>18,11</b>	<b>16,53</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18,16</b>	<b>19,41</b>	<b>19,39</b>	<b>20,18</b>	<b>18,94</b>

# Taux de césariennes global au sein du RSPA

<b>Césariennes</b>	<b>2004</b> %	<b>2007</b> %	<b>2009</b> %	<b>2010</b> %	<b>2011</b> %
<b>RSPA</b>	35,24	20,56	18,90	19,42	18,94
<b>AUDIPOG/ Inserm</b>	19,7	20,4	-	<b>21,0</b>	-



**Exemple du taux global d'épisiotomies**  
**« suivi d'indicateurs de procédure »**

<b>Episios</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>1</b>	41,85%	22,87%	36,00%	27,74%	32,98
<b>2</b>	54,90%	24,30%	22,57%	21,45%	25,23
<b>3</b>	29,05%	19,34%	18,72%	20,32%	21,40
<b>4</b>	43,50%	26,97%	19,57%	16,06%	10,22
<b>5</b>	27,96%	8,3%	8,40%	9,76%	9,30
<b>6</b>	27,20%	18,53%	15,56%	19,38%	14,54
<b>7</b>	42%	22%	20,81%	14,86%	16,24
<b>8</b>	48,53%	27,87%	34,81%	24,82%	30,46
<b>9</b>	28,16%	10,67%	10,22%	15,07%	28,15
<b>10</b>	?	18,77%	25,85%	17,63%	7,15

# Taux global d'épisiotomies au sein du RSPA

<b>Episios</b>	<b>2004</b> %	<b>2007</b> %	<b>2009</b> %	<b>2010</b> %	<b>2011</b> %
<b>RSPA</b>	35,24	20,56	18,90	19,42	19,27
<b>Audipog</b>	41,1	37,1	-	-	-

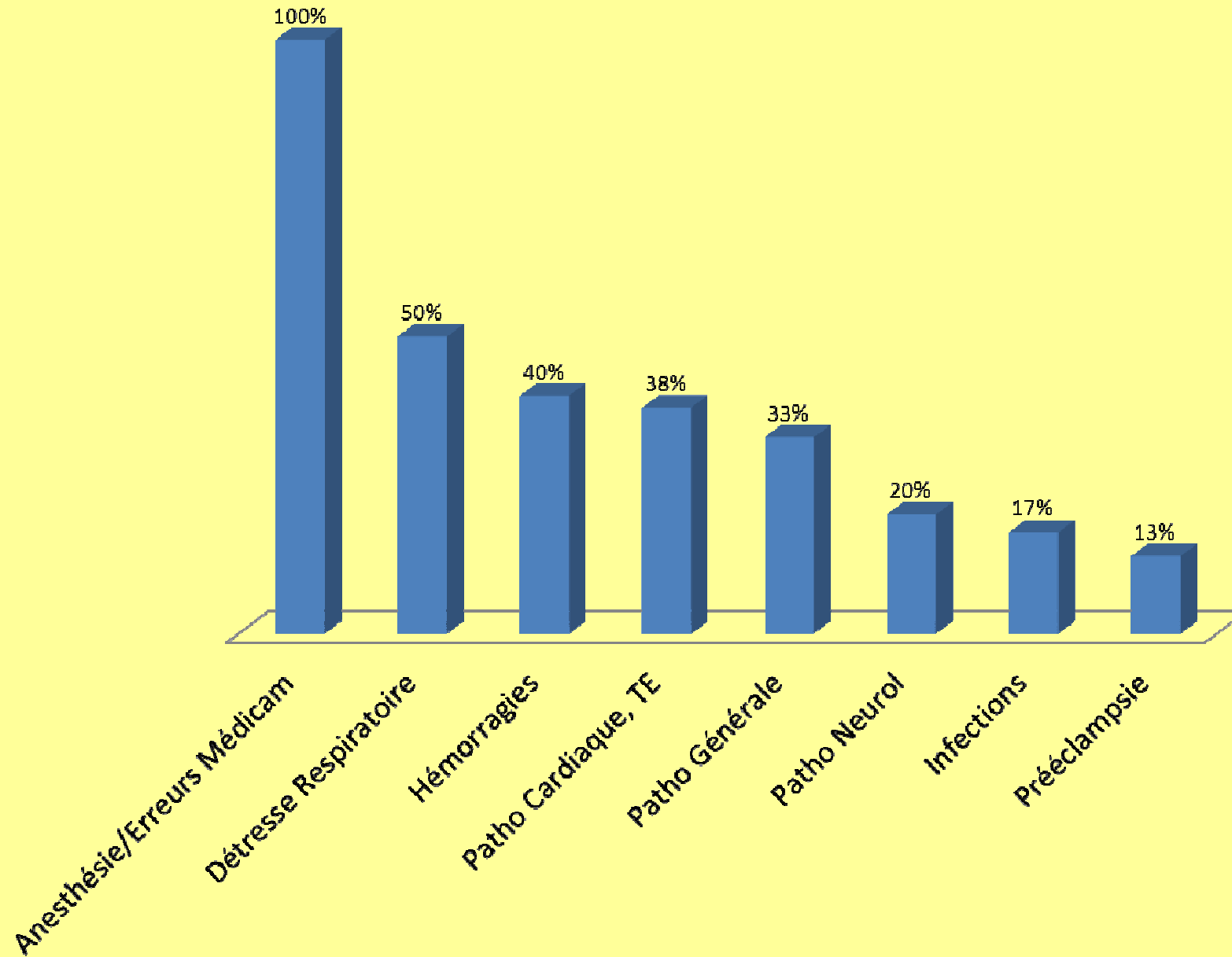
**Indicateurs découlant  
d'analyses de pratiques  
professionnelles :  
audits, RMM, revue de  
pertinence, etc.**

## Taux d'évitabilité dans les revues de morbi-mortalité du RSPA (%)

<b>RSPA (indicateur procédure)</b>	<b>2006</b> %	<b>2007</b> %	<b>2008</b> %	<b>2009</b> %	<b>2010</b> %	<b>2011</b> %
<b>Staff anges</b>	16,67 (n=48)	13,63 (n=22)	2,22 (n=45)	17,14 (n=35)	25,80 (n=31)	7,5 (n=27)
<b>Staff mères</b>	20,58 (n=34)	12,22 (n=49)	10,52 (n=57)	13,43 (n=67)	8,82 (n=68)	32,81 (n=64)

# Pourcentage Evitabilité

■ Pourcentage Evitabilité



# Taux de conformité dans les audits (1)

- Qualité des comptes-rendus d'écho T1 :

<b>Retrouvés dans le CR [indicateur procédure]</b>	<b>2008 (N=298) % oui</b>	<b>2011-12 (N=324) % oui</b>
<b>Nombre foetus</b>	<b>85,0</b>	<b>82,9</b>
<b>LCC (mm)</b>	<b>98,0</b>	<b>98,8</b>
<b>Mesure clarté nuque</b>	<b>95,9</b>	<b>95,9</b>

# Taux de conformité dans les audits (2)

Ex Audit HPP sur dossiers médicaux

[indicateurs de procédures]

	2001-2006 (n= 21) %	2007-2008 (n=36) %
D dans les 30 mn	47,6	41,7
RU	100	94,4
Examen sous valve	33,3	36,1
Vessie vidée	71,4	55,6
Estimation pertes dans le dossier	71,4	61,1
Mise en place d'un utéro tonique	90,5	91,7

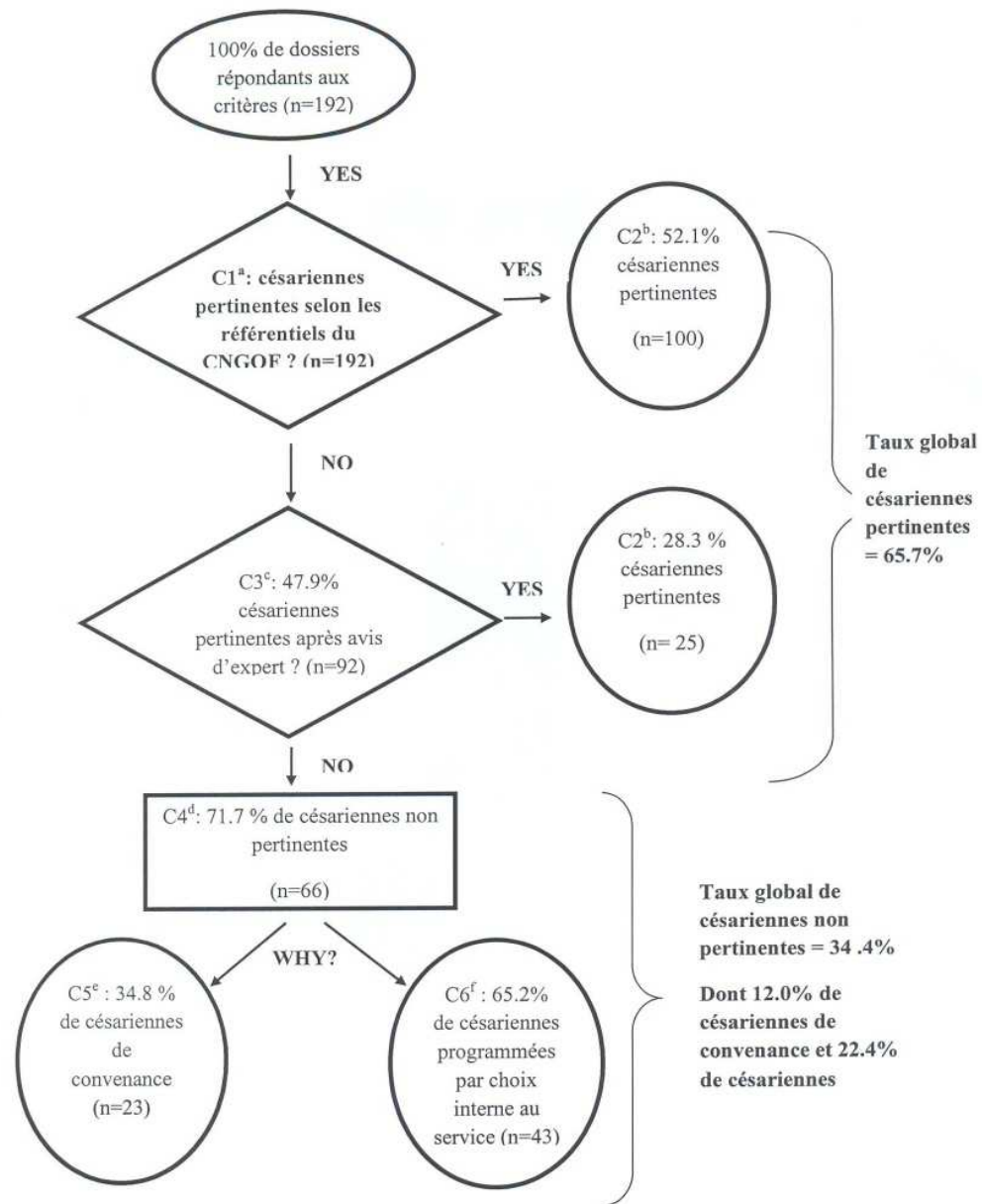


# Taux de conformité des CROP des césariennes [indicateur de procédure](3)

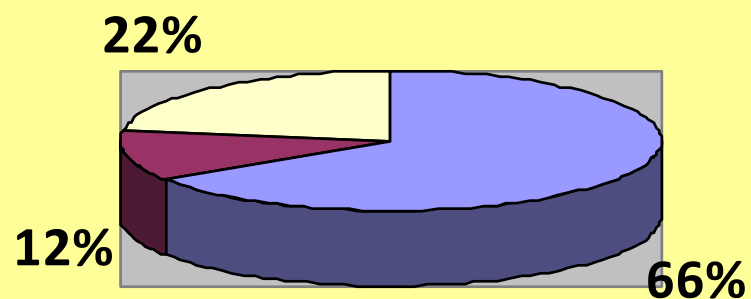
CROP (2001-2012)	% de OUI N= 192	Réponses Attendues %	Ecart entre pratique observée et le référentiel
Date césarienne	99,0	100	- 1
Nom opérateur	100,0	100	0
Terme césarienne	80,2	100	-19,8
Quantification des pertes	48,4	100	-51,6
Signature du chirurgien	55,7	100	44,3

# Pertinence des césariennes programmées (4)

2011 et janvier  
2012



# Revue de pertinence des césariennes programmées au sein du RSPA [indicateurs de procédures]



- Césariennes pertinentes
- Césariennes de convenance
- Césariennes programmées par choix interne au service

# Indicateurs à partir d'enquêtes épidémiologiques

## PHRC inter-régional sur tabac

Indicateurs de résultats	2002-03 %	2009 %
Ont continué de fumer	24,1	19,2
Haschich	1,3%	3,8%

# PHRC national Héra : HPP immédiates

- Audit protocoles HPP : 100% maternités RSPA

<b>Indicateurs de procédure</b>	<b>RSPA N=10</b>	<b>HERA global N=237</b>
<b>Audit</b>	<b>OUI %</b>	<b>OUI %</b>
<b>DD par ocytocique (5 UI IVD) ?</b>	<b>70,0</b>	<b>89,9</b>
<b>Heure du diagnostic HPP</b>	<b>40,0</b>	<b>53,0</b>
<b>Délivrance Artificielle après 30 mn ?</b>	<b>80,0</b>	<b>60,4</b>
<b>Quantification des pertes sanguines ?</b>	<b>80,0</b>	<b>87,7</b>

# Conclusion (1)

- Un indicateur est le résumé d'informations complexes offrant la possibilité à des acteurs différents de dialoguer entre eux (soignants, gestionnaires, politiques, citoyens, etc.)
- C'est un outil d'évaluation et d'aide à la décision (pilotage, ajustement, et rétro correction)

# Conclusion (2)

- **L'indicateur le plus efficient au niveau d'un réseau est souvent le plus simple, le plus pragmatique, et qui a un sens pour le soignant**

**ex : Démarche qualité pour réduire le taux de césariennes au sein d'un RSP**

- taux global brut (quel est le bon taux ?)
- taux global ajusté (pas très compréhensible) ?
- taux ajusté simple : indicateur de Main E ?
- taux de césariennes programmées pertinent ?