

INDICATEURS

NOM

SUIVI DES INDICATEURS

DEFINITION

Un indicateur est une « information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ». Norme ISO 8402.

C'est donc une mesure indirecte (signal) qui doit être interprétée par comparaison à une référence (évaluer) et mise en relation avec d'autres indicateurs d'autres dimensions (comprendre).

(HAS 2002) propose comme définition : « Un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre ».

L'approche par indicateur est alors une méthode de suivi continu de la qualité, qui repose sur le suivi du score d'un ou de plusieurs paramètres, ce score étant représentatif du niveau de qualité obtenu pour un acte ou un processus donné.

TPOLOGIE

Analyse par indicateur - Démarche *a posteriori* – Quantitative

OBJECTIFS

Il s'agit de surveiller dans le temps le niveau de qualité d'un ou de plusieurs indicateurs.

L'évolution du score obtenu permet de mettre en évidence des dérives (dus à la routine, par exemple), de déclencher des mesures correctives (lorsque le score atteint une valeur limite pré-déterminée), de mesurer l'impact de mesures préventives ou correctrices et d'évaluer l'effet d'une modification des pratiques.

De manière plus « macro », les indicateurs visent à :

- Fournir aux établissements de nouveaux outils de gestion de la qualité et/ou risques et/ou performance
- Renforcer les éléments d'aide à la décision en interne et, aussi en externe pour les tutelles
- Faciliter les procédures de certification, contrat de bon usage ...
- Assurer la transparence pour les usagers
- Participer à la performance des établissements de santé

DOMAINE APPLICATION

Qualité	Risques	Evaluation des Pratiques Professionnelles
<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Le suivi par indicateurs est applicable à tous les domaines : acte ou processus, évaluation clinique ou organisationnelle :

Indicateurs médicoéconomiques

Indicateurs de ressources humaines

Indicateurs de qualité/sécurité de la prise en charge

- Programme IPAQH (indicateurs généralisés)
- COMPAQH / COMPAQH Cancéro
- Programme qualité en radiothérapie
- Tableau de bord des infections nosocomiales
- Satisfaction
 - Satisfaction globale
 - Satisfaction quant à l'annonce

Indicateurs de valorisation de la recherche

- Publications
- Inclusions

PRINCIPE

Un indicateur correspond à une donnée objective quantifiée reflétant un ou plusieurs champs de la qualité des soins et dont l'exploitation permet de faire le point par rapport à un objectif qualité prédéterminé. De manière plus simple, il vise à donner une mesure de la qualité obtenue.

Nous pouvons citer comme type d'indicateurs (HAS 2002), les indicateurs d'activité, de structure, de processus, de résultats.

L'utilisation d'indicateurs s'intègre dans toute démarche d'amélioration continue de la qualité. Ils doivent être conçus dès la phase de lancement de projet.

Tout l'intérêt, et la difficulté, repose sur le choix des indicateurs.

Ceux-ci doivent être :

- Quantifiable,
- Pertinent (en rapport précis avec l'action menée, non impacté par des phénomènes extérieurs),
- Fiable,
- Sensible,
- Reproductible dans le temps et dans l'espace,
- Simple, rapide à suivre et à quantifier,
- Communiqués.

Leur construction nécessite plusieurs étapes de réflexion :

<i>Etape d'élaboration</i>	<i>Exemple</i>
Identifier le champ d'action	Nutrition parentérale
Définir l'objectif à atteindre	Fournir des poches de nutrition conformes au niveau qualitatif (biochimique et bactériologique)
Identifier les variables en lien avec l'objectif à atteindre	Non-conformité lors de la production de poches
Définir les caractéristiques mesurables de la variable	Nombre de poches fabriquées sur une période Nombre de résultats de non-conformité émis Nombre de poches ayant été refabriquées sur une période
Construire l'indicateur en combinant les caractéristiques mesurables	Nombre de résultats de non-conformité émis / Nombre de poches fabriquées sur une période ⇔ % de non conformités Nombre de poches ayant été refabriquées sur une période / Nombre de poches fabriquées sur une période ⇔ % de 2 ^{ème} fabrication Nombre de poches ayant été refabriquées sur une période / Nombre de résultats de non-conformité émis ⇔ % de prise en compte des résultats de non conformité
Test de l'indicateur sur le terrain	

Une fois définis, il faudra fixer leur mise en place et exploitation :

- Indicateur continu ou ponctuel ;
- Périodicité du recueil ;
- Outil de recueil des données ;
- Fixer la valeur cible ;
- Diffuser les résultats ;
- Fixer la valeur à partir de laquelle des actions préventives ou correctives doivent être menées ;
- Identifier les origines des écarts constatés ;
- Mettre en place des actions correctrices et les évaluer.

Pour faciliter le suivi et l'analyse, les indicateurs sont rassemblés dans un tableau de bord, outil de synthèse et de visualisation.

Un tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il permet un suivi dans le temps et des comparaisons dans le temps (avant/après une action) dans l'espace (entre les services, les établissements). Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des professionnels et/ou des usagers.

Le tableau de bord valorise les établissements, services les plus impliqués et incite les autres à progresser.

TABLEAU DE BORD PROCESSUS			
Indicateur	Signification	Source et modalités	Pistes d'analyse
Donnée / Donnée	Qu'est ce que l'indicateur mesure ?	Collecte (qui, où, quand, combien de temps, comment ..)	Comment interpréter les valeurs ? Quand réagir ?

Les conditions de réussite sont notamment :

- Construire l'indicateur en concertation avec les utilisateurs,
- Retenir des indicateurs explicites, simples à comprendre et faciles à suivre,
- Retenir un nombre limité d'indicateurs (5 à 10 maximum par domaine étudié),
- Un indicateur « grossier » suffit s'il est discriminant,
- Afficher les indicateurs pour les rendre accessibles aux acteurs concernés,
- Communiquer sur les résultats.

Par exemple, la HAS a retenu 11 indicateurs sur 3 thèmes en 2008 :

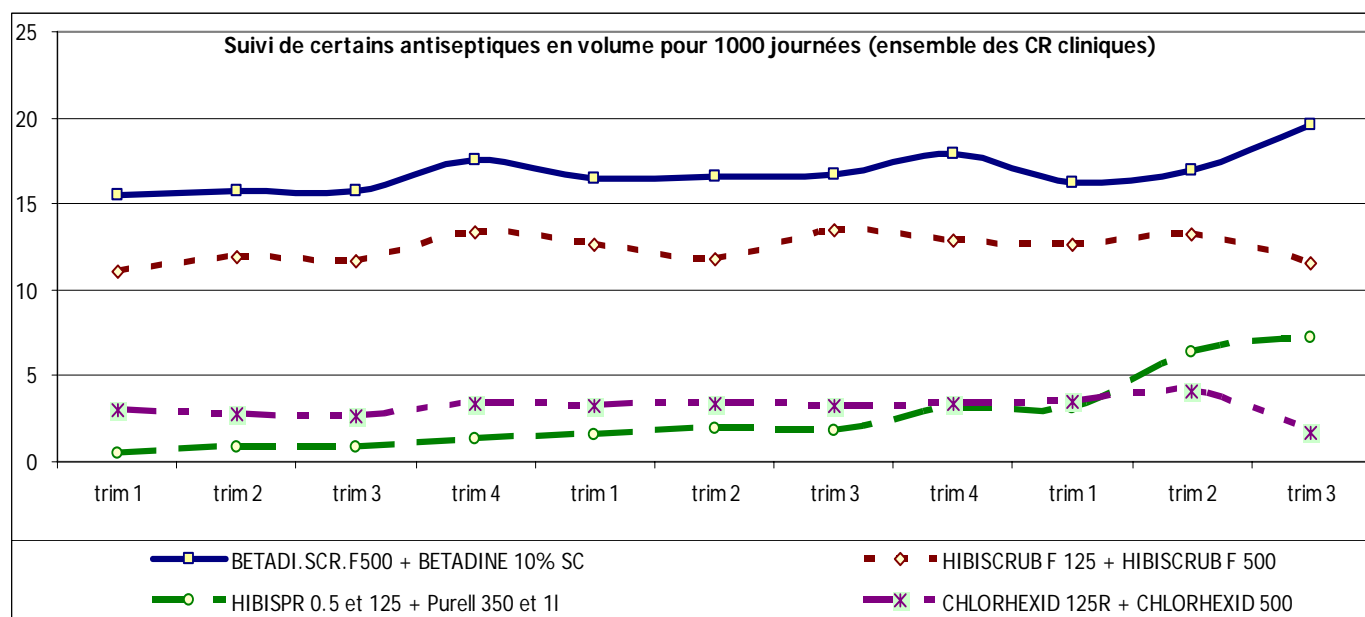
<i>Dossier patient</i>	<i>Dossier anesthésique</i>	<i>Infarctus myocarde</i>
Tenue du dossier patient	Trouble du dossier anesthésique	Prescription d'aspirine
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation		Prescription de bêta bloquant
Traçabilité de l'évaluation de la douleur		Prescription inhibiteur enzyme de conversion
Dépistage des troubles nutritionnels		Prescription de statine et suivi à distance du bilan lipidique
		Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques
		Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

En ce qui concerne les infections nosocomiales, plusieurs indicateurs ont été définis, obligatoirement complétés par les établissements et dont les résultats publics paraissent régulièrement dans la presse sous forme de palmarès (dernière édition Express, février 2008).

Le tableau de bord des infections nosocomiales dans les établissements de santé comprend 5 indicateurs principaux :

- 1 indicateur composite d'activités ICALIN (obligatoire depuis 2006) sur la politique globale du CLIN ;
- 3 indicateurs d'activités :
 - ICSHA : indice de consommation des de solutions hydro-alcooliques (SHA) rapportée à 1000 jours d'hospitalisation (obligatoire depuis 2006) ;
 - ICATB indice composite d'activités ciblées sur la politique antibiotique de l'établissement de santé (obligatoire depuis 2007)
 - Consommation d'antibiotiques (AB) en doses définies journalières par voie systémique en dose quotidienne standardisée pour 1000 journées-patient (Minvielle, 2005) ;
- 2 indicateurs de résultats :
 - le taux de SARM (Staphylococcus aureus résistant à la méticilline) calculé par le laboratoire de microbiologie ;
 - la surveillance des infections sur le site opératoire SURVISO mise en œuvre par l'EOHH, avec les équipes chirurgicales.

Exemple : Suivi des consommations au CHU de Nice des produits utilisés pour le lavage traditionnel des mains et des SHA en volumes pour 1000 journées-patient de 2003 à 2005.



Encore plus ciblés sur la mesure de la sécurité du patient, un cadre peut être posé (safety report cards) :

<i>Domaine</i>	<i>Exemple</i>
Combien de fois nuisons nous au patient ? données de sortie	Nombre d'erreurs d'administrations
Combien de fois les patients reçoivent-ils les soins indiqués ? processus	% du respect du référentiel d'antibioprophylaxie
Savons nous si nous avons appris des défaillances ? structure	% de mois où l'unité a procédé à une analyse systémique
Avons-nous créé une culture de sécurité ? contexte	% d'unités où 80% du personnel constate un climat positif de sécurité

INTERETS

Il s'agit d'une méthode simple à mettre en place.

La permanence du suivi de l'indicateur permet d'identifier rapidement des dérives et donc d'agir rapidement.

La diffusion des résultats contribue à motiver les différents intervenants.

Il est important de noter que les indicateurs doivent être fiabilisés mais ne demeurent pas figés pour autant. Ils doivent être revus régulièrement afin de les adapter aux évolutions des pratiques. Ce n'est pas ces dernières qui doivent être modifiées dans le seul but de correspondre aux indicateurs et obtenir ainsi un bon « score ».

LIMITES

La principale difficulté repose sur le choix des indicateurs.

Ceux-ci sont souvent trop ambitieux, en nombre et en finesse alors que la simplicité et la faisabilité doivent être de mise.

Les résultats des indicateurs correspondent plus souvent à ce qu'on sait mesurer, plus que ce qu'on voudrait mesurer. Par exemple, la qualité du management se mesure très indirectement par ces indicateurs.

Il est nécessaire de limiter les doublons avec le contrôle de gestion « externe ».

APPLICATIONS

INDICATEURS & CIRCUIT DU MEDICAMENT

1. INDICATEURS

Comme pour tout domaine, les définitions de chaque indicateur devront être soigneusement indiqués. Chaque indicateur devra être présenté avec sa signification, son mode de notification, sa source, l'évaluation des conséquences (facteurs favorisant ou limitant le risque), intérêt, limite ou piste d'analyse et enfin son classement en fonction du risque iatrogène qu'il représente (faible, moyen ou élevé).

Les indicateurs devront être choisis par les acteurs des établissements de soins en fonction des priorités locales et des moyens disponibles. Nous pouvons citer :

a) Résultats intermédiaires : fréquence des Erreurs Médicamenteuses

Liés à la prescription :

- Fréquence des incidents évités grâce à l'action du pharmacien par rapport au nombre d'ordonnances analysées ;
- % de prescriptions hors livret thérapeutique ;
- % de prescriptions non conformes au niveau de la forme par rapport à la législation (données manquantes ou incomplètes).

Liés à la dispensation :

- Taux de médicaments délivrés différent de ceux prescrits ;
- Taux de médicaments non délivrés lié à une rupture de stock.

Liés à l'administration :

- % de médicament administré différent de celui prescrit ;
- % de médicament administré dans de mauvaises conditions.

b) Résultats finaux : fréquence des Iatrogénies Médicamenteuses

- % de médicament administré ayant entraîné des effets adverses ;
- % d'effets adverses liés à une erreur médicamenteuse ;
- Répartition des gravités des effets adverses médicamenteux ;
- Répartition des gravités des effets adverses médicamenteux liés à une erreur.

La loi de santé publique a choisi comme indicateurs dans le domaine de la iatrogénie au sens large:

- Nombre de séjours hospitaliers avec un événement iatrogène évitable ;
- Prévalence de la iatrogénie médicamenteuse hospitalière évitable ;
- Nombre annuel d'hospitalisations dues à un événement iatrogène ;
- Nombre de décès ayant la iatrogénie comme cause principale.

Exemple de présentation d'indicateur avec les résultats obtenus (Audit effectué à la Pharmacie Archet):

CONFORMITE DE LA PRESCRIPTION : IDENTITE DU PATIENT

Champ de mesure	Identité du Patient
<i>Critère</i>	Présence de l'Identité du Patient au niveau des prescriptions reçues à la Pharmacie
<i>Indicateur</i>	Par rapport au nombre total de lignes de prescriptions :N = 1227 1- Taux de Conformité totale ou partielle : Nb de lignes de prescriptions avec présence de : [Nom] et/ou [Prénom] du Patient / N 2- Taux de Non Conformité : Nb de lignes de prescriptions sans aucune [Identité du Patient] / N

<i>Référentiel utilisé</i>	Réglementaire ; R5194 CSP
<i>Standard</i>	100 %

<i>Impact sur Erreurs de Médication</i>	La notification de l'identité du patient correspond à la définition de prescriptions nominatives. Un médicament est destiné à un patient donné. Toute donnée manquante ou erronée va : <ul style="list-style-type: none"> ♦ fausser l'analyse pharmaceutique ; ♦ entraîner une erreur de délivrance (par rapport à la prescription originale) ♦ favoriser une erreur d'administration : (confusions de patients) avec forte probabilité d'effets iatrogènes.
<i>En Pratique</i>	Impact Fort. Connaître l'identité du Patient est la base de l'analyse pharmaceutique. Le risque n'est pas lié à l'absence de l'Identité du patient (pas de délivrance si pas de complément d'information) mais surtout, à une mauvaise identité : confusion (erreur de prescription ou de retranscription). Or, le pharmacien dispose de peu de moyens de contrôle : cohérence du traitement.

<i>Valeurs obtenues</i>	N = 1227
<i>Taux de conformité correspondants</i>	Présence de [Nom] : 1227 (100 %)
	Présence de [Prénom] : 358 (29.2%)
	Taux de Conformité absolue (Nom + Prénom) : 29.2 %
	Taux de Conformité partielle (Nom) : 100 %
	Non Conformité absolue (aucune identification) : 0 %
<i>Valeur littérature</i>	[Nom] 70 à 90% ; [Prénom] : 66 à 70 %

<i>Analyse des écarts</i>	<ul style="list-style-type: none"> ♦La non conformité est relative : le nom du patient est toujours présent. ♦La présence du prénom est liée aux UF (pédiatrie) mais surtout au support des prescriptions (préimprimées ou non : emplacement prévu pour « étiquette Praxis »). Cf § Impact du Support
<i>Cotation</i>	Niveau C

<i>Action optimale</i>	Prescriptions informatisées.
<i>Action recommandée</i>	Dans la mesure du possible, il faut favoriser les supports permettant les étiquettes Praxis, puis veiller à la présence de celles-ci.
<i>Faisabilité</i>	Moyenne à Forte. L'utilisation d'ordonnances préimprimées est sujette aux thérapeutiques utilisées dans le service qui doivent être +/- standardisées.
<i>Délai prévu</i>	Moyen terme pour couvrir l'ensemble des services pouvant bénéficier de ce type de supports.

<i>Indicateurs proposés</i>	Taux de Conformité ⇔ Taux de Présence du Prénom au niveau des prescriptions adressées à la Pharmacie
<i>Champ couvert</i>	Ensemble des Prescriptions.
<i>Fréquence</i>	Mensuelle.

2. EXPRESSION DES RESULTATS

Les résultats peuvent être exprimés en :

- taux % par rapport aux lignes de prescriptions (1 médicament = 1 ligne) ;
- taux % par rapport aux nombres de prescriptions (1 prescription = nombre variable de médicaments) ;
- taux % d'erreurs observées par journée d'hospitalisation ;
- taux d'erreurs observées en % de patients ;
- taux d'erreurs observées en % des événements iatrogènes.

On peut également exprimer le ratio en fonction du total des opportunités d'erreur qui est la somme des doses prescrites et des doses non prescrites mais administrées.

3. EXPLOITATION DES DONNEES

L'exploitation des données qui seront recueillies devra être faite avec certaines précautions selon les indicateurs, la méthode de recueil choisie et le champ d'étude :

- Lié à la prévalence (réserves communes avec les infections nosocomiales)

Nous avons vu que dans ce cas les informations sont recueillies sur les patients présents un jour donné. Nous pouvons ainsi connaître la fréquence de la iatrogénie, en particulier par type d'établissements ou de disciplines et même sa variation en cours du temps si ces enquêtes sont répétées. Mais, les réserves sont de mise au niveau des conclusions en termes de patients si l'on ne tient pas compte de la durée d'hospitalisation. En effet, plus un patient présente une durée longue d'hospitalisation (en une ou plusieurs fois), plus il aura de chances d'être présent le jour de l'enquête.

La probabilité d'être victime d'un événement iatrogène augmentant avec la durée de l'hospitalisation (la iatrogénie étant elle-même souvent à l'origine d'une prolongation de l'hospitalisation), il est vraisemblable que la fréquence de patients concernés par la iatrogénie, un jour donné, surestime la valeur observable sur l'ensemble des patients d'une année.

Une meilleure approche concernerait les patients non pas présents mais entrés un jour donné et suivis jusqu'à leur sortie, et donnerait alors comme résultat l'incidence des EM.

- Lié à l'organisation du circuit du médicament

La fréquence de la iatrogénie est par définition plus ou moins fortement liée à l'organisation du circuit du médicament. Il semble donc discutable d'extrapoler les données d'enquêtes ponctuelles même à des services voisins ou d'établir des comparaisons avec d'autres établissements.

- Lié à la notion de faute

Le fait de déclarer les effets indésirables inattendus est rentré aujourd'hui dans les mœurs. Mais, il en est tout à fait autrement pour les erreurs médicamenteuses. Dans le premier cas, la responsabilité est celle du produit, le professionnel n'est que témoin. Pour les EM, c'est directement la responsabilité de l'acteur qui est engagée. Celui-ci aura tendance à ne pas la déclarer par crainte notamment de sanctions.

4. SUIVI DES INDICATEURS

Les valeurs des mesures des indicateurs seront reportées sur des cartes de contrôle qui vont permettre de visualiser facilement la variabilité des résultats. Elles indiqueront également si le circuit du médicament peut être considéré sous contrôle, en fonction des bornes que l'on aura définies au préalable.

Un journal de bord retraçant les différentes actions entreprises (formation, information, changement de support d'ordonnances) sera présent pour les mettre en relation avec les indications de la carte de contrôle.

