

Lecture critique des indicateurs de qualité des soins

The Critical Appraisal of Quality of Care Indicators

Michel P (*), Amouretti M (**), Juge C (***), Mathoulin-Pelissier S (****), Mazou H (*****),
Phely-Peyronnaud C (*****), Rossignol C (*****), Salmi L-R (*****),
et le groupe de travail régional INQA

Résumé

Objectif : Elaborer des critères permettant une analyse critique des indicateurs de la qualité des soins

Méthode : Déterminés à partir d'une recherche de la littérature, les éléments de la description et de la performance d'un indicateur ont servi de base à l'élaboration de critères d'analyse critique. La grille comprenant ces critères a été testée et les validités face à face et de contenu ont été étudiées par un groupe de méthodologistes et un groupe de professionnels de terrain.

Résultats : La grille comprend sept sections. Les trois premières sections reprennent les éléments de la description d'un indicateur. L'intitulé de l'indicateur doit expliciter le contenu global et décrire le type d'indicateur. La définition du numérateur et du dénominateur doit préciser les événements mesurés pour le numérateur et la population concernée au dénominateur, les critères d'inclusion et d'exclusion, les sources de données, la liste des données, le codage utilisé et les modalités de contrôle de la qualité des données. Les quatre dernières sections étudient les éléments de la performance. Elles portent sur l'acceptabilité de la mesure (réponse à une attente des professionnels, référentiel reconnu, charge de travail acceptable), sur la reproductibilité de la mesure, sur les conditions de l'interprétation (seuil de réactivité, nécessité d'une stratification ou d'un ajustement, taille de l'échantillon de mesure) et sur l'impact attendu (dimensions de la qualité identifiées, identification de dysfonctionnements évitables, mesures correctrices identifiables et réalisables, impact des actions d'amélioration important).

Conclusion : Les caractéristiques métrologiques de cette grille restent à étudier.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:201-9

Mots clés : indicateurs ; qualité des soins ; analyse critique.

- (*) Praticien hospitalier, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) hôpital X. Arnozan, Pessac (Gironde).
- (**) Professeur des universités-praticien hospitalier, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux.
- (***) Cadre infirmier, CHU Bordeaux et membre du conseil scientifique du CCECQA.
- (****) Praticien hospitalier, Centre de lutte contre le cancer Bergonié et membre du conseil scientifique du CCECQA.
- (*****) Directrice adjointe, Centre hospitalier de Pau.
- (*****) Cadre infirmier, Centre hospitalier Camille-Claudé, La Couronne.
- (*****) Responsable qualité, Centre de rééducation Tour de Gassies, Bruges et membre du conseil scientifique du CCECQA.
- (*****) Professeur des universités - praticien hospitalier, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, Université Victor-Segalen Bordeaux 2, Bordeaux.

Adresse pour correspondance : Dr Philippe Michel, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA), Hôpital X. Arnozan, 33604 Pessac cedex, e-mail : philippe.michel@cccqa.asso.fr

Summary

Aim: To elaborate criteria for the critical appraisal of quality of care indicators.

Methods: We based our critical appraisal on the essential elements for describing and assessing quality of care indicators found in the published literature. The resulting grid was tested by methodology specialists and health-care professionals with respect to its implicit and explicit convenience.

Results: The grid contains seven sections. The first three sections analyse the characteristics needed to describe the indicators. The title should explain the indicator's overall content and describe its type. The numerator contains the parameters measured while the denominator quantifies the population studied. In addition, inclusion and exclusion criteria, data lists and sources, the codification used and the modalities of quality of care control need to be clearly defined.

The last four sections concern the performance of the indicators and include whether the measurements are reproducible and acceptable (do they fulfil professionals' needs?, use an indicator emanating from a recognised and accepted reference source?, is the work-load acceptable?). At the same time, they should describe the conditions under which the interpretations were made (threshold, need for risk stratification or other adjustments, the sample size) and the expected impact (magnitude of the quality parameters identified, detection of avoidable problems, measurement of identifiable corrective measures, impact of actions taken for improvement).

Conclusion: The metric properties of the grid remain to be determined.

Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:201-9

Key words: quality indicators; quality of care; critical appraisal.

I. INTRODUCTION

Les indicateurs de qualité des soins sont par excellence des outils de mesure de la qualité du système de soins [1]. Ils sont définis comme des mesures valides et fiables d'un processus ou d'un résultat, liées à une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins [2].

Le besoin croissant d'indicateurs par l'Assurance maladie, les pouvoirs publics, par les structures de santé et par les médias entraîne une « ère de production intensive de mesures de la qualité des soins, instaurant ainsi de nouveaux enjeux » [3]. Il est actuellement indispensable de renforcer la rigueur de l'approche méthodologique dans l'utilisation des indicateurs.

Le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) a été mis en place à l'initiative des établissements publics de santé en Aquitaine en 1996. Le CCECQA coordonne la réalisation d'évaluations et de démarches qualité, contribue à l'information et à la formation des professionnels de santé, met en relation les établissements qui travaillent sur les mêmes thèmes et coopère à la politique locale et régionale de la qualité des soins. Etablissements publics et établissements privés, plus de 50 établissements de santé adhèrent au CCECQA : centre hospitalo-universitaire, centres hospitaliers de court séjour et psychiatriques, cliniques privées, centre de lutte contre le cancer, hôpital d'instruction des armées, hôpitaux locaux, hospitalisation à domicile, établissements de soins de suite, de réadaptation et de rééducation fonctionnelle.

Son financement est assuré par une dotation budgétaire de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine et par les cotisations des établissements adhérents.

L'élaboration d'une grille de lecture critique entre dans le cadre d'un projet du CCECQA, pour qui la validation d'indicateurs est un des thèmes prioritaires de travail.

En mai 1999, le CCECQA a organisé des séances de formation sur les indicateurs pour le groupe des responsables et ingénieurs qualité des établissements adhérents. A l'issue de ces formations, le groupe a décidé de mettre en place le recensement des indicateurs utilisés dans leurs établissements. Ce projet, dénommé indicateurs de qualité des soins en Aquitaine (INQA), a pour objectif principal d'élaborer une banque d'indicateurs de la qualité des soins, et pour objectif associé de faire des recommandations méthodologiques aux établissements. Ces recommandations seront faites par deux référents, un méthodologiste et un professionnel de la discipline concernée par l'indicateur, à partir de cette grille de lecture critique.

Dans cet article, nous présentons les critères d'analyse permettant l'analyse des indicateurs de la qualité des soins et proposons une grille de lecture critique.

II. MÉTHODE D'ÉLABORATION DES CRITÈRES ET DE LA GRILLE D'ANALYSE

1. Elaboration du référentiel

Le référentiel ayant servi à élaborer la grille a été établi à partir d'une analyse de la littérature. Il décrit les éléments de la description et les éléments de la performance d'un indicateur.

Les éléments de la description d'indicateurs ont été décrits dans des chapitres de livres (textbook) et dans la littérature grise. Nous nous sommes principalement inspirés du cadre adopté par l'organisme d'accréditation américain, la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO) [4].

Les autres sources d'information ont été le projet « Evaluation comparative des structures et services hospitaliers (ECSSH) » de l'échelon national du service médical de la caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés, le projet « Indicateurs de suivi des actions prioritaires du projet 2000 » de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et le travail de l'*Agency for Health Care Policy and Research* aux Etats-Unis [5-7].

Toutes les caractéristiques identifiées ont été regroupées dans une fiche descriptive qui est utilisée dans le projet INQA pour recenser et décrire des indicateurs de qualité des soins en Aquitaine (*voir annexe*).

Les éléments de la performance des indicateurs ont été abondamment étudiés dans la littérature [2]. Un indicateur doit idéalement être opérationnel, pertinent et avoir de bonnes caractéristiques métrologiques.

Un indicateur est opérationnel si son recueil et son utilisation ne se heurtent pas à des freins et réticences trop grands. Cette caractéristique repose sur deux notions, la charge de travail imposée pour le recueil, et la notion de réponse à une attente des professionnels. La performance métrique d'un indicateur repose sur les notions de fiabilité et de validité [2]. Enfin un indicateur est pertinent s'il permet d'identifier simplement des dysfonctionnements pour lesquels des actions de prévention ou de correction existent et sont efficaces pour l'amélioration du résultat des soins.

2. Test de la validité de la grille

La validité face à face et la validité de contenu de la grille ont été testées par un groupe de métho-

dologistes et par un groupe de professionnels de terrain [8]. Le groupe de méthodologistes, constitué de membres du Conseil scientifique du CCECQA, comprenait un médecin de santé publique, un responsable qualité et un cadre de soins. Le groupe des professionnels de terrain était constitué des médecins et cadres des établissements participant au projet INQA. La validité de contenu a été jugée après le test de la grille d'analyse sur des indicateurs décrits à partir de la fiche descriptive et sur des indicateurs présentés sur d'autres formats.

III. RÉSULTATS

1. Critères d'analyse d'un indicateur

Les 26 critères d'analyse sont regroupés dans sept sections. Les trois premières sections reprennent les éléments de la description d'un indicateur. Les quatre dernières comprennent les éléments de sa performance.

1.1. Intitulé de l'indicateur

Cet intitulé doit être compréhensible, concis et adéquat.

Concis, il doit permettre de connaître le type d'indicateur, et notamment de déterminer s'il s'agit d'un indicateur sentinelle ou agrégé [2]. L'intitulé d'un indicateur sentinelle commence par « présence de... » ou « survenue de... ». L'intitulé d'un indicateur agrégé commence le plus souvent par « proportion de... » ou « taux de... ». Dans ces cas, le numérateur est compris dans le dénominateur : le numérateur est un nombre d'événements survenus dans une population ou un échantillon dont l'effectif total constitue le dénominateur.

Lorsque des ajustements sont nécessaires, l'intitulé commence le plus souvent par « ratio de... », car le numérateur n'est pas compris dans le dénominateur : le numérateur est le nombre observé d'événements et le dénominateur est le nombre d'événements attendu compte tenu des caractéristiques de la population ou de l'échantillon de mesure [9]. Enfin, si l'intitulé commence par « nombre moyen de... », il s'agit d'un indicateur fondé sur des mesures quantitatives.

Par ailleurs, l'intitulé est adéquat si son contenu est en accord avec les informations présentées dans les sections « numérateur » et « dénominateur ».

1.2. Descriptions du numérateur et du dénominateur

Le numérateur et le dénominateur sont analysés séparément. Nous regroupons ici la présentation des deux sections, car six des sept critères sont communs et leur contenu est identique. Pour les

indicateurs sentinelles, seule la partie « numérateur » sera remplie.

a) Intitulé complet et adéquat

L'intitulé décrit de façon complète l'événement mesuré (au numérateur) et la population concernée (au dénominateur). Il est adéquat s'il est en accord avec la liste des données nécessaires au calcul de l'indicateur.

b) Critères d'inclusion pertinents

Les critères d'inclusion de la population sont notés dans l'intitulé. Ils sont complets et pertinents, c'est-à-dire conformes aux connaissances.

c) Critères d'exclusion pertinents

Pour les proportions, taux et ratios, les critères d'exclusion sont identiques au numérateur et au dénominateur. Ils sont complets et pertinents, c'est-à-dire conformes aux connaissances.

d) Sources de données adéquates

Une source de données est adéquate si elle existe dans la majorité des établissements. L'adéquation de la source de données est discutée essentiellement pour les systèmes d'informations en cours de mise en place dans les établissements de santé comme le dossier de soins informatisé.

e) Données nécessaires au calcul complètes

Les données doivent toutes être listées : en particulier, l'information nécessaire à la documentation des critères d'inclusion et d'exclusion doit faire partie de la liste des données nécessaires. Les informations sur les données nécessaires doivent être décrites avec suffisamment de précision pour ne pas être interprétées de façon divergente par les établissements.

f) Liste des codes si classification internationale ou nationale utilisée

Par exemple, les codes de la classification internationale des maladies et du catalogue des actes médicaux sont détaillés pour les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information.

g) Modalités de contrôle de qualité des données définies et réalisables

Le contrôle des données doit être réalisable selon des modalités compatibles avec la charge de travail des établissements.

1.3. Acceptabilité

a) Réponse à une attente des professionnels

L'indicateur doit être perçu par les professionnels comme mesurant un point important pour l'amélioration de leur pratique.

b) Référentiel à l'origine de l'indicateur accepté

Le référentiel auquel est associé l'indicateur doit être accepté par les professionnels. Ce critère s'applique aux indicateurs qui mesurent un écart avec

un référentiel (texte réglementaire, protocole de soins, procédure ou règlement interne...).

c) Charge de travail acceptable

Il s'agit de la charge de travail spécifiquement nécessaire à la mesure de l'indicateur (par exemple, elle ne comprend évidemment pas, pour les indicateurs issus du PMSI, la charge de travail pour constituer cette base). La notion d'acceptabilité concerne les professionnels qui participent aux phases de recueil, de saisie et d'analyse statistique. La mesure est d'autant plus réalisable que l'indicateur existe dans une base de données. Mais quel que soit le mode de recueil, la charge de travail doit être au préalable étudiée. Par exemple, les modalités de mesure de l'indicateur « temps moyen d'attente aux consultations », souvent difficile à mesurer, car il nécessite une enquête spécifique impliquant le secrétariat et l'ensemble des médecins consultants, doivent être précisément définies. Dans les commentaires, il est important de préciser à quelles conditions cette charge de travail, si elle est jugée lourde, pourrait être acceptable (nécessité de temps dédié pour une des phases par exemple).

1.4. Reproductibilité de la mesure

Les deux critères de cette section n'impliquent pas que le rédacteur de l'indicateur ait lui-même étudié la reproductibilité de la mesure. La réponse à ces critères doit être recherchée dans la littérature. Parmi les causes fréquentes de manque de reproductibilité, 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 précisés préalablement au recueil et si l'exhaustivité du recueil est assurée.

a) Reproductibilité dans le temps

L'indicateur repose sur des données et des modalités de mesure fiables en cas de mesure répétée dans le temps dans un même service ou établissement.

b) Reproductibilité entre services et entre établissements

L'indicateur repose sur des données et des modalités de mesure fiables entre services et établissements.

1.5. Interprétation des résultats

a) Seuil de réactivité réaliste

Il s'agit de la valeur au-delà de laquelle une action d'amélioration est recommandée. Un seuil réaliste signifie que le niveau de qualité minimum, défini par ce seuil, est accessible à la majorité des utilisateurs de l'indicateur. Pour la majorité des indica-

teurs, cette définition n'est pas envisageable car la valeur de ce seuil est très dépendante du contexte local.

b) Variables de stratification ou d'ajustement

La stratification signifie que l'analyse des résultats doit se faire par sous-groupes en fonction de caractéristiques de patients, de services... La nécessité de stratifier découle du fait que l'interprétation du résultat global de l'indicateur sur l'ensemble de la population d'étude n'est pas pertinente (pas d'interprétation possible à cause d'une variabilité trop grande entre sous-populations ou présence de facteurs confondants). L'ajustement est une méthode statistique permettant de minimiser les différences de résultats de l'indicateur liées à d'autres causes que la qualité des soins. Ces sources de variation sont appelées variables d'ajustement, car elles influencent la valeur de l'indicateur sans être liées à la qualité des soins. Par exemple, le taux brut (ou non ajusté) 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 maladies associées... Il s'agit le plus souvent des caractéristiques de la population prise en charge et parfois des caractéristiques des structures de soins.

Ce critère n'implique pas que le rédacteur de l'indicateur ait étudié la validité de la mesure. La réponse à ce critère doit être recherchée dans la littérature. Les caractéristiques de stratification ou d'ajustement seront précisées dans la zone « commentaires ».

c) Taille de l'échantillon de mesure

Cette information permet de connaître l'effectif minimal de l'échantillon de mesure pour permettre la mise en évidence statistique de différences entre deux mesures. Cette taille correspond à l'effectif du dénominateur pour les proportions et taux. Bien que rarement signalée dans les descriptions existantes d'indicateurs, la taille de la population est importante, car elle permet au futur utilisateur de l'indicateur de calculer la période de recueil qu'il lui faudra pour obtenir l'effectif nécessaire. Ce critère peut être un argument de choix décisif [10].

1.6. Impact attendu

a) Dimensions de la qualité identifiées

Les dimensions de la qualité des soins et les définitions correspondantes sont très différentes d'un organisme à l'autre. Nous avons identifié huit dimensions, deux pour les résultats et six pour les processus [2]. Il est souvent possible de lister plusieurs dimensions pour chaque indicateur.

b) Identification de dysfonctionnements évitables

Il est indispensable que l'indicateur permette d'identifier de façon valide des dysfonctionnements qui sont évitables (dus à des défauts de pratique ou d'organisation). Un indicateur est valide s'il permet de bien prédire la présence de dysfonctionnements, c'est-à-dire si les dysfonctionnements ont tendance à être présents lorsque l'indicateur est « positif » et ont tendance à être absents lorsque l'indicateur est « négatif ». Le caractère évitable est défini par l'absence de conformité des pratiques, à l'origine du dysfonctionnement, aux bonnes pratiques. En l'absence de référentiel, le caractère évitable est défini par l'écart de ces pratiques à celles attendues de la moyenne des professionnels et des établissements [11].

c) Mesures correctrices identifiables et réalisables

Les causes des dysfonctionnements doivent être rapidement identifiables. Il est en outre indispensable que les dysfonctionnements évitables identifiés puissent être prévenus ou corrigés dans la majorité des structures par une modification des pratiques ou de l'organisation. Ce critère est lié à la pertinence. Par exemple, le temps moyen d'attente aux consultations est un indicateur pertinent car les causes possibles sont habituellement peu nombreuses et facilement identifiables (retard du médecin, absence de prévision des appels urgents).

d) Impact des actions d'amélioration

La correction des dysfonctionnements évitables devra avoir un impact important sur le résultat du soin. Ce critère, lié à la pertinence, repose sur la notion de force de l'association entre le processus au sein duquel se produit le dysfonctionnement et le résultat des soins. S'il existe une association forte, une amélioration de ce processus sera susceptible d'avoir un impact important sur le résultat. Par exemple, le temps moyen d'attente aux consultations est un indicateur pertinent, car l'attente est un motif connu et fréquent d'insatisfaction des patients. De façon générale, les indicateurs de processus sont souvent plus pertinents que les indicateurs de résultat.

2. Proposition d'une grille d'analyse

Les modalités de réponses sont identiques pour tous les critères (Tableau I). L'utilisateur doit déterminer si le critère est respecté (« O ») ou non (« N »). Cette modalité de réponse binaire peut apparaître difficilement compatible avec le caractère subjectif de la réponse aux questions sur l'acceptabilité ou l'impact attendu. Elle peut également paraître peu adaptée lorsqu'un critère porte sur plusieurs aspects, comme par exemple le premier critère (intitulé compréhensible, précis et

adéquat). Le choix de cette modalité binaire est dicté par le souci d'apporter une réponse claire aux lecteurs de cette grille. Le remplissage de la zone « commentaire » permet de préciser la réponse apportée. Si l'information est absente, on considère que le critère n'est pas rempli (réponse « N »).

La modalité « incomplet » (« I ») signifie que les informations données ne sont pas suffisantes. La modalité « non applicable » (« NA ») signifie que le critère ne s'applique pas à l'indicateur. La modalité « ne sait pas » (« nsp ») signifie que l'utilisateur de la grille n'a pas les connaissances lui permettant d'émettre un jugement.

La conformité à certains critères a été jugée particulièrement importante. Ils sont identifiés par le grisé de la colonne « non ». Trois critères concernent le numérateur et quatre critères concernent le dénominateur. Pour ces critères, la réponse « non » implique la nécessité de préciser ou de compléter le numérateur ou le dénominateur avant d'utiliser l'indicateur. Deux critères concernent l'impact attendu : il s'agit de défauts intrinsèques importants de l'indicateur.

IV. DISCUSSION

Ces critères permettent de porter un jugement structuré sur la possibilité de mettre en place l'indicateur à partir de sa description, et sur ses performances. Ils sont, en outre, une aide à l'élaboration, à la description et à l'évaluation des indicateurs. Les caractéristiques métrologiques de la grille seront prochainement étudiées.

L'amélioration de la description et de l'utilisation des indicateurs des soins est un enjeu important. Cet enjeu porte aujourd'hui sur la gestion de la production de soins à partir d'informations complémentaires au volume d'activité. La publication des indicateurs est une aide à la décision dans les procédures de contractualisation entre la tutelle et les établissements de santé, de planification et d'autorisation de soins. Par ailleurs, elle pourrait être un puissant incitatif à l'amélioration de leurs prestations par les établissements et, dans une moindre mesure, une aide au choix de leurs prestataires de santé pour les patients [12]. Ces informations serviront également demain, sans nul doute, à d'autres fins comme l'allocation budgétaire, les procédures pour certains remboursements, la budgétisation de services hospitaliers voire la rétribution individuelle de professionnels de santé.

Le contenu de cette grille diffère des grilles de lecture critique habituelles parce qu'elle concerne un outil de mesure et non la méthode et les résultats d'une étude [13]. C'est pourquoi nous n'abordons

pas les aspects de projet, comme la définition des objectifs de la mesure, de la méthode d'analyse des résultats ou des stratégies de leur utilisation. Nous concluons cet article sur l'importance cruciale de ces aspects pour le succès de l'utilisation des indicateurs.

Remerciements : nous remercions les Docteurs Pascale Barberger-Gateau et Florence Saillour-Glenisson et Mademoiselle Céline Moty pour leurs commentaires.

Composition du groupe régional « Indicateurs de qualité de soins en Aquitaine » (INQA) : Pr Amouretti Michel, CHU Bordeaux, M. Anceau Bruno, CH Périgueux, Dr Bergey Chantal, CH Charles Perrens, Dr Bertrand-Barat Josseline, CHU Bordeaux, M^{me} Billebot Marie-Noëlle, CHU Bordeaux, Dr Buhaj Véronique, CH Périgueux, Dr Cadenne Myriam, CH La Réole, M^{me} Grange Marie-Martine, CH Pau, Dr Cormier Philippe, CH Langon, M^{me} Covex Monique, CH Robert Boulin Libourne, M^{me} de Bort Clara, CH Pyrénées, M. Domange Jean-René, Centre Médico-Chirurgical Wallerstein Arès, M^{me} Duffau, Centre Médico-Chirurgical Wallerstein Arès, M. Eymet Guy, Hôpital local de Belvès, M. Gougne François, Hôpital local de Mauléon, M^{me} Ouley Dany, CHU Bordeaux, M^{me} Jouneau Joëlle, CLCC Bergonié, Dr Lamarque Catherine, CH Charles Perrens, M^{me} Lavigne Marie-André, CH La Côte basque Bayonne, Dr Manouvrier Corinne, CH Agen, M^{me} Mathoulin-Pélissier Simone, CLCC Bergonié, M^{me} Mazou Hélène, CH Pau, Dr Merlet Nicole, CH Charles Perrens, M^{lle} Pain Ingrid, Hôpital local de Belvès, M^{me} Phély-Peyronnaud Corinne, CH Camille Claudel, Dr Praud Yves, CH Vauclaire Montpon-Ménétirol, Dr Prevost Jean, CH Pau, M^{me} Roulaud Monique, CH Périgueux.

RÉFÉRENCES

1. Michel P, Mougeot C. *Les indicateurs de qualité en France en 1997. Gestions hospitalières* 1999;avril:268-74.
2. Michel P, Salmi LR, Sibé M, Salmi MT. *Evaluer les processus en santé : importance et limites actuelles. Rev Epidemiol Sante Publique* 2000;48:571-82.
3. Minvielle E, De Pourvoirville G. *La mesure de la qualité des soins : un défi et un enjeu de santé publique [éditorial]. Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49:113-5.
4. National Library of Healthcare Indicators. Oakbrook Terrace, Illinois : Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, 1997.
5. SEQASS. *Indicateurs de suivi des actions prioritaires du projet 2000. Paris : AP-HP ; 1999.*
6. Echelon national du service médical. *Evaluation comparative des structures et services hospitaliers. Paris : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; 1999.*
7. Agency for Health Care Policy and Research. CONQUEST 2.0 database. Silver Spring, MD, USA : 1999.
8. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. (2 ed.) New York : Oxford University Press ; 1995.*
9. Miller CC, Reardon MJ, Safi HJ. *Risk stratification : a practical guide for clinicians. Cambridge : Cambridge University Press ; 2001.*
10. Mant J, Hicks N. *Detecting differences in quality of care: how sensitive are process and outcome measures in the treatment of acute myocardial infarction? BMJ* 1995;311:793-6.
11. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. *The quality in Australian health-care study. Med J Aust* 1995;163:458-71.
12. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. *The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of evidence. JAMA* 2000;283:1866-74.
13. Salmi LR. *Lecture critique et rédaction médicale scientifique : comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique. Paris : Elsevier ; 1998.*

Tableau I
Grille de lecture critique des indicateurs de la qualité des soins

Critères	O	N	I	NA	nsp	Commentaire
Intitulé de l'indicateur						
Intitulé de l'indicateur compréhensible, précis et adéquat						
Description du numérateur						
Intitulé complet et adéquat						
Critères d'inclusion complets et pertinents						
Sources de données adéquates						
Données nécessaires au calcul du numérateur complètes						
Présence de la liste des codes si classification internationale ou nationale utilisée						
Modalités de contrôle de qualité des données définies et réalisables						
Description du dénominateur						
Intitulé complet et adéquat						
Critères d'inclusion complets et pertinents						
Critères d'exclusion complets et pertinents						
Sources de données adéquates >						
Données nécessaires au calcul du dénominateur complètes						
Présence de la liste des codes si classification internationale ou nationale utilisée						
Modalités de contrôle de qualité des données définies et réalisables						
Acceptabilité						
L'indicateur est perçu par les professionnels comme mesurant un point important pour l'amélioration de leur pratique						
Le référentiel auquel est associé l'indicateur est en général accepté par les professionnels						
La charge de travail pour la mesure semble acceptable						
Reproductibilité de la mesure						
La mesure de l'indicateur est reproductible dans le temps						
La mesure de l'indicateur est reproductible entre services et entre établissements						
Interprétation des résultats						
La définition d'un seuil de réactivité réaliste est envisageable						
L'interprétation de l'indicateur nécessite de prendre en compte des variables de stratification ou d'ajustement						
La taille de l'échantillon semble suffisante pour que des variations attendues de résultats soient statistiquement significatives						
Impact attendu						
Les dimensions de la qualité des soins concernés sont identifiées						
L'indicateur identifie des dysfonctionnements évitables						
Il existe des mesures correctrices pour les dysfonctionnements évitables identifiés						
La correction des dysfonctionnements évitables pourrait avoir un impact important sur le résultat du soin						

Annexe : Fiche descriptive de l'indicateur

INTITULÉ DE L'INDICATEUR

Fiche adaptée de celle de la « National Library of Healthcare Indicators » élaborée par la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization,

Validité étudiée par un sous-groupe du Conseil scientifique du CCECQA et par un groupe de professionnels des établissements adhérents au CCECQA

Fiche testée dans les établissements en 2000.

CCECQA

Indicateurs Qualité en Aquitaine

juin 2001

Définition très complète du NUMERATEUR

• Précisez l'évènement mesuré	• Nombre de	
☞ Source de données	<input type="checkbox"/> Base de données administrative <input type="checkbox"/> Base PMSI <input type="checkbox"/> Autre base informatisée médicale (précisez)	<input type="checkbox"/> Dossier patient <input type="checkbox"/> Autre source <input type="checkbox"/> Enquête spécifique
☞ Liste des données nécessaires pour le calcul du numérateur	① ②	③ ④
☞ Si utilisation de codes (CIM-10 de l'OMS ou CDAM par exemple), précisez les codes	① ②	③ ④
☞ Rythme de recueil des données	<input type="checkbox"/> Continu	<input type="checkbox"/> Périodique Précisez - la périodicité : - la (les) période(s) de l'année :
☞ La qualité du recueil des données est-elle contrôlée ?	<input type="checkbox"/> Oui, précisez comment	<input type="checkbox"/> non

Professionnel ou structure responsable de la mesure du numérateur

Définition très complète du DENOMINATEUR

• Précisez la population incluse	• Parmi les	
• Précisez les motifs d'exclusion de certains éléments de la population	• A l'exclusion	
☞ Source de données	<input type="checkbox"/> Base de données administrative <input type="checkbox"/> Base PMSI <input type="checkbox"/> Autre base informatisée médicale (précisez)	<input type="checkbox"/> Dossier patient <input type="checkbox"/> Autre source <input type="checkbox"/> Enquête spécifique
☞ Liste des données nécessaires pour le calcul du dénominateur	① ②	③ ④
☞ Si utilisation de codes (CIM-10 de l'OMS ou CDAM par exemple), précisez les codes	① ②	③ ④
☞ Rythme de recueil des données	<input type="checkbox"/> Continu	<input type="checkbox"/> Périodique Précisez- la périodicité : - la (les) période(s) de l'année :
☞ La qualité du recueil des données est-elle contrôlée ?	<input type="checkbox"/> Oui, précisez comment	<input type="checkbox"/> Non

Professionnel ou structure responsable de la mesure du dénominateur

MISE EN PLACE DE L'INDICATEUR

ESF FREQUENCE DE DIFFUSION DES RESULTATS

	<input type="checkbox"/> Résultats pas encore diffusés	<input type="checkbox"/> Résultats suivis en continu Précisez	<input type="checkbox"/> Résultats diffusés périodiquement : Précisez la périodicité
Cas des indicateurs sentinelles	<input type="checkbox"/> Résultats pas encore diffusés	<input type="checkbox"/> A chaque évènement	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez

ESF CONDITIONS DE L'INTERPRÉTATION DES RESULTATS

↪ Existe-t-il un seuil de réactivité au-delà duquel une action est recommandée Non Oui Valeur (et unité de mesure) _____

↪ Notez le nombre de patients (ou autre unité de mesure) sur lequel vous calculez l'indicateur Valeur et unité de mesure : _____

TYPE D'INDICATEURS				
↪ Champ de l'évaluation concerné	<input type="checkbox"/> Processus	<input type="checkbox"/> Résultat	<input type="checkbox"/> Structure	
↪ Dimension(s) de la qualité des soins concernée(s)	<input type="checkbox"/> Adéquation <input type="checkbox"/> Efficacité	<input type="checkbox"/> Efficience <input type="checkbox"/> Implication	<input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Accessibilité	<input type="checkbox"/> Respect des délais <input type="checkbox"/> Continuité <input type="checkbox"/> Autre, précisez
↪ S'agit-il d'un indicateur sentinelle (un seul évènement justifie-t-il la mise en place d'une action ?)	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	

DÉFINITION DES CARACTÉRISTIQUES DE L'INDICATEUR

ESF Pertinence de l'indicateur

↪ L'établissement est-il en mesure de définir les causes du dysfonctionnement, à la lecture des résultats ou après une enquête complémentaire très simple ? Oui Non

ESF CARACTERE OPERATIONNEL DE L'INDICATEUR (CHARGE DE TRAVAIL)

↪ La charge de travail liée à la mesure est-elle acceptable pour les professionnels ? Oui Non Ne sais pas

ESF CARACTÉRISTIQUES MÉTROLOGIQUES DE L'INDICATEUR (cocher les cases si l'étude de la caractéristique a été faite)

Fiabilité Validité (précisez) Ne sais pas

ESF Stratification

↪ Faut-il donner les résultats de l'indicateur par sous-catégories de la population (c'est-à-dire que le résultat sur l'ensemble de la population n'a pas de sens) ? Oui Non Ne sais pas

ESF Ajustement sur les facteurs de risque

↪ Faut il ajuster les résultats de l'indicateur en fonction de caractéristiques de la population ? Si oui, lesquelles ? Oui Non Ne sais pas