HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins

Septembre 2012

Table des matières

Avant-propos 4

Introduction 5

Pourquoi ce guide ? 5

Comment a-t-il été élaboré ? 7

À qui s'adresse ce guide ? 10

Étape 1 : Choisir le ou les indicateur(s) à diffuser 11

Aide-mémoire pour le choix des indicateurs de qualité des soins à diffuser 11

1.1 L'indicateur à diffuser est-il un indicateur de qualité des soins ? 12

1.2 L'indicateur possède-t-il les qualités métrologiques nécessaires pour une diffusion publique ? 16

1.3 L'indicateur diffusé est-il pertinent et répond-il aux objectifs visés par le diffuseur? ... 19

1.4 De quel type est l'indicateur, et quels en sont les avantages et les limites ? 21

1.5 L'indicateur permet-il la comparaison, et dans quelles conditions ? 28

Étape 2 : Accompagner la diffusion de chaque indicateur des bonnes informations 30

Aide-mémoire pour vérifier les informations à diffuser avec chaque indicateur 30

2.1 Un libellé compréhensible par le public et correspondant à ce que l'indicateur mesure 31

2.2 Une définition claire et exacte 32

2.3 Une méthode d'interprétation du résultat 32

2.4 En quoi sa mesure est-elle en lien avec la qualité des soins ? 34

2.5 Des précisions sur la source des données, la date et la méthodologie du recueil 35

2.6 Des informations sur la validation de l'indicateur 35

2.7 Un aperçu des limites de l'indicateur 36

2.8 Quatre exemples 36

Étape 3 : Vérifier les points clés d'une bonne communication 42

Aide-mémoire des points clés à vérifier pour une bonne présentation des données *42*

3.1 Connaître les comportements du public et comprendre ses attentes 44

3.2 Limiter la quantité d'informations communiquées et hiérarchiser leur présentation 45

3.3 Résumer, surligner, simplifier, interpréter les résultats : quelques préconisations 49

3.4 Améliorer la présentation des comparaisons d'établissements 56

3.5 Faire preuve de transparence 60

3.6 Tenir compte du support utilisé 60

3.7 Adapter la stratégie de communication à la cible visée 63

3.8 Évaluer l'impact qualitatif et quantitatif de votre communication 65

Annexes 66

Annexe 1 : Principales définitions de la qualité des soins 66

Annexe 2 : Indicateurs généralisés obligatoires et optionnels au 1er Juin 2012 67

Liste des abréviations 70

Bibliographie 71

Avant-propos

La diffusion d'indicateurs de qualité des soins, qu'elle soit effectuée par les établissements de santé, les médias et promoteurs de sites internet, les régulateurs du système de santé ou les associations d'usagers, a pour objectif le renforcement de la transparence du système de santé vis-à-vis de ses usagers. Elle soutient aussi la politique d'amélioration continue de la qualité des soins de la Haute Autorité de Santé.

Bien que la quantité d'informations diffusées au grand public, sous l'impulsion des médias mais aussi de la réglementation, ait largement augmenté ces dernières années, ce dernier s'estime encore mal informé sur la qualité des soins en établissements de santé, ainsi que sur les risques encourus.
Les palmarès journalistiques aujourd'hui publiés, s'ils sont un vrai sujet d'intérêt pour le grand public, ne sont pas source d'orientation des usagers qui s'en réfèrent aux conseils de leur médecin ou de leur entourage. Ainsi, une inégalité d'accès à l'information sur la qualité des soins persiste, qui peut être à l'origine d'une inéquité dans l'accès aux soins.

De plus, l'information en santé est d'un maniement complexe. Les indicateurs de qualité des soins portent en eux-mêmes cette complexité et peuvent engendrer des difficultés, voire des erreurs d'interprétation. L'usager ou le professionnel a besoin de connaître le sens d'un indicateur et comment l'utiliser.

C'est dans ce contexte que la Haute Autorité de Santé a décidé d'élaborer ce guide méthodologique de diffusion d'indicateurs de qualité à destination des émetteurs potentiels.

Elaboré avec le concours de nombreuses expertises de professionnels et d'usagers, ce nouveau guide a pour ambition de faciliter et de fiabiliser la communication d'informations sur la qualité des soins, à destination du grand public, en s'appuyant sur des critères de pertinence, de fiabilité et de lisibilité.

L'objectif à terme est de renforcer la place d'un patient avisé et son implication dans sa prise en charge, gage de confiance de l'usager dans le système de soins.

Ce guide est notamment destiné aux représentants d'usagers siégeant dans des instances de concertation à quelque niveau que ce soit mais aussi aux professionnels qui sont confrontés à des usages et à des mésusages de l'information en santé afin de leur permettre ensemble de dialoguer sur des bases méthodologiques.
Il sera également plus généralement un apport pour la mission d'information des usagers et de leurs représentants sur la qualité des prises en charge en établissements de santé confiée par la loi à la Haute Autorité de santé en janvier 2012.

Pr Jean-Luc Harousseau
Président du Collège de la HAS

Introduction

Pourquoi ce guide ?

La « diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins » est la mise à disposition du public de résultats de mesures de la qualité des soins, quel que soit le niveau d'analyse (établissement, pôle, service, etc.) et quel que soit le niveau de diffusion (national, régional, local). Cette démarche vise essentiellement deux objectifs dans le cadre de la politique publique de démocratie sanitaire (1-3) :

- **Promouvoir une plus grande transparence et accroître ainsi le niveau d'information du public.**
- **Mettre en lumière les variations de la qualité des soins entre prestataires de soins afin d'accroître l'implication des usagers dans leurs soins et les aider dans leur choix.**

Plus globalement, elle doit participer à l'augmentation de l'efficacité et de l'efficience du système sanitaire.

L'intérêt de la diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins

Elle peut influencer le comportement du public et des professionnels par différents mécanismes qui contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité des soins (4-7) :

- Elle a une action directe auprès du public en favorisant une meilleure appropriation du concept de « qualité des soins », ce qui le conduit à une plus grande exigence envers le système de santé.
- Elle a une action sur les producteurs de soins en stimulant leur participation à l'amélioration de la qualité des soins (protection ou amélioration de leur réputation, amélioration de la compétitivité, …). Ceci impose que les établissements de santé qui sont tenus de diffuser les résultats des indicateurs s'assurent au préalable de la diffusion en interne.

Aujourd'hui, en réponse à la demande croissante du public et du législateur, la quantité d'informations sur la qualité des soins diffusées est en constante augmentation. Ces informations restent cependant peu utilisées par le public , pour plusieurs raisons dont le manque de confiance dans les données publiées et le déficit d'informations objectives et facilement exploitables (8-10) (Voir Etape 3 pour plus d'informations). D'ailleurs, le « bouche à oreille », les expériences d'hospitalisation précédentes du patient ainsi que l'avis du médecin traitant restent aujourd'hui les critères prédominants dans le choix effectué par les patients (11).

- Les médias (presse, internet) multiplient la publication de palmarès d'établissements de santé à partir de résultats agrégés. En particulier, les publications sur les maternités sont assez nombreuses et avancées par rapport à d'autres thématiques et commencent à impacter le choix des patientes. Le succès de toutes ces publications témoigne de l'intérêt du public pour des informations sur la qualité des soins. Par ses travaux, la Haute Autorité de Santé (HAS) a l'ambition de proposer une méthode permettant de s'assurer que les informations diffusées sont fiables, objectives et scientifiquement prouvées.
- L'Assurance Maladie a lancé en 2007 son site « Ameli-direct.fr », pour aider les usagers à choisir leur médecin ou leur établissement de santé. Ce site propose deux options de recherche : d'une part, la recherche d'un professionnel de santé par son nom, sa profession (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) ou les actes qu'il pratique (pour les médecins) et d'autre part, la recherche d'un établissement de soins par son nom, sa spécialité ou les actes pratiqués et maladies traitées. Certaines complémentaires de santé ont également pris l'initiative de proposer ce type d'information par le biais de comparateurs sur internet ou de plateformes téléphoniques.
- Les établissements sont aujourd'hui amenés à diffuser des indicateurs de qualité des soins dans un cadre réglementaire. Ainsi, l'article 5 de la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (HPST), ainsi que les articles L. 6144-1, L. 6161-2 et D. 6111-23 du code de la santé publique, rendent obligatoire la mise à disposition annuelle du public, par les établissements de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Les modalités de diffusion publique sont définies annuellement par arrêté du ministre de la santé. La diffusion publique de ces résultats est organisée au niveau national sous la forme de publications sur le site internet du ministère de la santé (http://www.platines.sante.gouv.fr). D'autre part, depuis une ordonnance du 23 février 2010, et conformément à l'article 57 de la LFSS 2012, les Agences Régionales de Santé (ARS) peuvent conclure avec des établissements de santé, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, d'évolution et d'amélioration des pratiques. Ces contrats fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la HAS, de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs doivent être publiés chaque année par les établissements de santé.
- Depuis janvier 2012, la HAS a pour mission **de coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants** (LFSS 2012 – Art. L161-37).

De par son expertise scientifique dans le domaine de la mesure et dans celui de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la HAS souhaite répondre à travers ce guide méthodologique à un double objectif :

- **Aider les diffuseurs à choisir et à rendre compréhensibles les indicateurs diffusés en proposant des critères de qualité adaptés à chacune des étapes jalonnant le processus de diffusion publique des résultats des indicateurs ;**
- **Faciliter la diffusion d'indicateurs de qualité des soins, et aider en particulier les établissements de santé, dorénavant amenés à être des promoteurs actifs de cette diffusion.**

La finalité reste de répondre au souhait d'information du public et de faciliter l'utilisation des résultats diffusés, afin de placer les usagers au cœur de la réorganisation de l'offre de soins,

dans le prolongement des travaux des missions Usagers de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la HAS.

Conçu comme un outil pratique, le guide propose une démarche en 3 étapes, bâtie autour des principales questions à se poser avant toute diffusion d'indicateurs de qualité des soins :

- Comment décider si les résultats d'un indicateur peuvent être diffusés publiquement et sont intéressants par rapport aux objectifs de la diffusion publique ?
- Comment s'assurer que toutes les informations nécessaires à la compréhension des résultats sont bien diffusées ?
- Comment améliorer la présentation des résultats et aider le public à les interpréter correctement et facilement?

Il est à noter que :

- Ce document s'adresse à un lectorat qui n'est pas nécessairement expert du domaine des indicateurs de qualité des soins, ce qui justifie parfois une simplification des termes utilisés et des concepts théoriques sous-jacents.
- Il ne s'agit pas d'un guide de construction de nouveaux indicateurs, cette démarche technique étant expliquée ailleurs (12,13). Toutefois au travers des préconisations liées à la diffusion d'indicateurs, ce document espère encourager la diffusion d'indicateurs plus robustes et plus pertinents pour l'information du public. Ces préconisations sont applicables à la fois aux indicateurs généralisés par les institutions, et à ceux, existants ou futurs, produits par d'autres émetteurs.
- Ce guide concerne spécifiquement les indicateurs dits de qualité des soins, même si certains indicateurs d'organisation ou d'activité médicale peuvent être considérés dans certaines conditions comme renseignant sur la qualité des soins d'un établissement. Pour plus d'information sur ce qu'est un indicateur de qualité des soins, voir la section 1.1.

Comment a-t-il été élaboré ?

Ce guide méthodologique a été élaboré par un groupe de travail de la HAS, avec l'appui de la société General Electric Performance Solutions. Il repose sur une analyse critique de la littérature disponible et des informations accessibles sur le web sur le sujet, effectuée par les services de la HAS, qui a été enrichie au fur et à mesure du retour des acteurs sollicités.

Groupe de travail HAS
Mme Sophie CALMUS, Mme Mélanie COURALET, Dr. Valentin DAUCOURT, Dr. Christine GARDEL, Dr. Catherine GRENIER, Dr. Philippe LOIRAT, M. Hervé NABARETTE
Société GE Performance Solutions
Dr. Jean-Yves GUEDJ, Dr. Marie-Christine GRENOUILLET, Mme Frédérique MOZZICONACCI, Mme Capucine ORTOLI, M. Antoine SAAB

Le premier document de travail a été discuté par un groupe de pilotage représentant différents acteurs du système de santé en France concernés par la démarche de diffusion publique d'informations sur la qualité des soins, listés dans le tableau ci-après. La première version du guide a été réalisée après analyse des réflexions de ce groupe, selon une méthode d'obtention de consensus (type DELPHI).

Groupes de pilotage et d'appui
Régulateurs nationaux de l'offre de soins et agences techniques
Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) Mme Marielle MARBACH, Dr. Laetitia MAY, Dr. Valérie SALOMON
Haute Autorité de Santé (HAS) Dr. Rémy BATAILLON, M. François BERARD, M. Alexandre BIOSSE-DUPLAN, Mme Emmanuelle BLONDET, Mme Sophie CALMUS, Pr. Philippe CASSASSUS, Mme Laurence CHAZALETTE, Mme Sabine COHEN, Mme Mélanie COURALET, Dr. Valentin DAUCOURT, Dr. Christine GARDEL, Mme Véronique GHADI, Dr. Catherine GRENIER, Dr. Philippe LOIRAT, Mme Fabienne MENOT, Dr. Vincent MOUNIC, M. Hervé NABARETTE, Dr. Anne PAUCHET-TRAVERSAT, Dr. Isabelle RULLON
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) Dr. Michel MARTY
Agence Régionale de Santé Alsace M. Dominique THIRION
Représentants des établissements de santé / Professionnels de santé
Fédération Hospitalière de France (FHF) M. Jean-François DESGRANGE, Mme Nathalie SANCHEZ
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) Mme Michèle BELLIOT, Mme Claude GUELDRY, Mme Claire HAEYAERT
Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, à but non lucratif. (FEHAP) Mme Cécile BENEZET, Mme Julie GAUTHIER, Mme Nathalie SAC-VENDERWILDT
Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) Mme Anne VITOUX
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) Mme Renelle MENESSIER, M. Olivier PAUL,
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) M. Frédéric DUGUE, Dr. Isabelle GASQUET, Dr. Sylvie VILLEMINOT
Conférence des Directeurs Généraux de CHU Mme Lara VINAUGER
Conférence des Présidents de CME des établissements ESPIC Dr. Didier GAILLARD
Conférence des Présidents de CME de CHU Dr. Sylvia BENZAKEN, Dr. Marie-Bénédicte COUTTE
Mutualité Française Mme Irène TAUDIN
Groupes de recherche / développeurs d'indicateurs de la qualité des soins
Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire (COMPAQ- HPST) Dr. Etienne MINVIELLE, Dr. Gérard NITENBERG
Consortium Loire-Atlantique Aquitaine Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE) Pr. Cyril COLIN, Dr. Marie-Annick LE POGAM
Université Paris-Dauphine Mme Béatrice FERMON

Structures régionales d'évaluation
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) Mme Sophie TRICAUD-VIALLE
Associations d'usagers
Association d'information et d'aide aux victimes d'infections nosocomiales et d'accidents médicaux (Le LIEN) M. Rodolphe HALAMA
UNAF Mme Nathalie TELLIER
Ligue contre le cancer M. Jean-Pierre ESCANDE
APF Dr. Michel DELCEY, Mme Amaëlle PENON
Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) Mme Claude RAMBAUD, M. Sylvain FERNANDEZ-CURIEL
UFC – Que Choisir M. Gérard BECHER, M. Gérard PIDOU
Mission Usagers DGOS
Dr. Alexandra FOURCADE

Le guide a ensuite été modifié en tenant compte des remarques d'un groupe de lecture composé d'autres acteurs concernés par la démarche, avant d'être validé par le Collège de la HAS.

Groupe de lecture
Agences Régionales de Santé (ARS)
M. Bruno ANQUETIL, Dr Martine AOUSTIN, M. François-Emmanuel BLANC, Mme Monique CAVALIER, M. Xavier CHASTEL, M. Philippe DAMIE, Mme Marie-Sophie DESAULLE, Mme Nicole KLEIN, M. Jacques LAISNE, M. Jean-Pierre LANCRY, M. Jean-Christophe PAILLE, Mme Mireille WILLAUME
DREES
Dr. Céline MOTY-MONNEREAU
Représentants des établissements de santé / Professionnels de santé
Conférence des Directeurs Généraux de CHU Dr. Jean PETIT
Conférence des Directeurs Généraux de CH M. Angel PIQUEMAL
Conférence présidents de Commission Médicale d'Établissement des établissements ESPIC Dr. Didier GAILLARD
Conférence présidents de Commission Médicale d'Établissement des établissements Privés à but lucratif Dr. Jean HALLIGON

Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP)
Dr. Philippe MICHEL
Experts visiteurs
Dr. Michel TROADEC, Dr. Jean-Pierre DEYMIER
Presse écrite et électronique
Le Point : M. Jérôme VINCENT, M. François MALYE **Hospimedia:** Mme Pia HEMERY **Pulsations :** M. Benoit THEVENET **L'Express :** M. Pierre FALGA
Mutuelles/Complémentaires de santé
Malakoff Médéric : M. Laurent BORELLA **SantéClair :** M. Alain CHEVROT

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide est un outil pour tous les diffuseurs d'informations relatives à la qualité des soins :

- les établissements de santé et fédérations d'établissements ;
- les conseils, collèges et fédérations de professionnels de santé ;
- les institutions du système de santé (Ministère de la Santé, Assurance Maladie, Agences Régionales de Santé, Collectivités territoriales, etc.) ;
- les agences sanitaires et techniques (HAS, ANAP, INCa, ATIH,…) ;
- les assureurs complémentaires ;
- les médias et promoteurs de sites web ;
- les associations d'usagers et de patients ;
- l'ensemble des usagers acteurs ou relais de la diffusion ;
- tout professionnel de santé, médical ou paramédical, acteur ou relais de l'information auprès du public.

Bien qu'il ne s'adresse pas directement au grand public, ce document traite de la communication d'informations à ce dernier. Il contient donc des éléments qui pourraient intéresser toute personne désirant s'informer sur les bonnes pratiques en matière de présentation de résultats d'indicateurs de qualité des soins.

Étape 1
Choisir le ou les indicateur(s) à diffuser

Aide-mémoire pour le choix des indicateurs de qualité des soins à diffuser

Est-il vraiment un indicateur de qualité des soins ?

Un indicateur de qualité des soins doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Une revue de la littérature ou un consensus d'experts peuvent permettre d'appuyer le lien entre l'indicateur et la qualité des soins **(voir section 1.1)**.

A-t-il les qualités métrologiques suffisantes ?

Un indicateur de qualité des soins à proprement parler doit posséder des qualités élémentaires, appelées qualités métrologiques : la fiabilité (reproductibilité de la mesure), la validité (de face-à-face, de contenu, de critère et de construit). Il faut également vérifier la qualité de l'ajustement, le cas échéant, pour ne pas introduire de biais d'interprétation **(voir section 1.2).**

À quelles fins est utilisé l'indicateur?

L'indicateur doit-il aider l'usager à mieux s'orienter dans le système de soins pour une pathologie ou une intervention, ou bien son rôle est-il de donner une idée générale de la démarche qualité des établissements ? Dans tous les cas il faut s'assurer de sa compréhension et lisibilité par le public **(voir section 1.3).**

Mesure-t-il les moyens, les pratiques ou les résultats des soins ?

Selon que l'indicateur mesure les moyens mis en place, les pratiques de soins, ou leurs résultats, et/ou qu'il agrège plusieurs mesures, ses spécificités doivent être connues si l'on veut interpréter correctement les résultats **(voir section 1.4).**

Est-il possible de comparer les établissements de santé au travers de cet indicateur ?

Si l'indicateur est utilisé à visée comparative (dans le temps ou dans l'espace), un ajustement de l'indicateur ou une stratification de ses résultats peuvent être nécessaires, pour que les résultats de la comparaison aient un sens. En cas d'estimation du résultat de l'indicateur à partir d'un échantillon, une taille d'échantillon minimale doit être assurée pour que les comparaisons puissent être effectuées avec une pertinence suffisante **(voir section 1.5).**

1.1 L'indicateur à diffuser est-il un indicateur de qualité des soins ?

Le concept de qualité des soins

Ce guide n'a pas pour objet de proposer une définition consensuelle et définitive de la qualité des soins. De nombreuses définitions ont été proposées dans la littérature, et les plus couramment utilisées figurent en Annexe 1.

Pour la HAS, la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, et dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible (14).

Le point commun aux différentes définitions est de présenter la qualité des soins comme un concept multidimensionnel. Toutefois, les dimensions incluses dans sa définition varient en fonction des auteurs et du contexte culturel.

Ce que le public doit savoir

Les principaux messages à retenir pour les émetteurs d'indicateurs de qualité des soins – et qui doivent faire l'objet d'explications auprès du public – sont les suivants :

- Il existe des différences de niveaux de qualité des soins fournis par les différents prestataires de soins ;
- Ces différences de qualité peuvent avoir un impact sur la santé des usagers ;
- Les indicateurs diffusés doivent être en lien avec une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins, et ce lien doit être explicité de manière compréhensible pour les lecteurs, et dans l'idéal illustré.

L'analyse de la littérature montre que le public a tendance à restreindre le champ de la qualité des soins aux aspects relationnels avec les professionnels de santé (1), à la qualification des médecins, à la possibilité de choisir son propre médecin, aux coûts et à l'accessibilité (6). Il est important de montrer que le champ de la qualité des soins s'étend à d'autres dimensions et de « préparer » le public à prendre en compte différents types d'indicateurs avant d'apprécier ou de comparer des établissements ou des professionnels de santé.

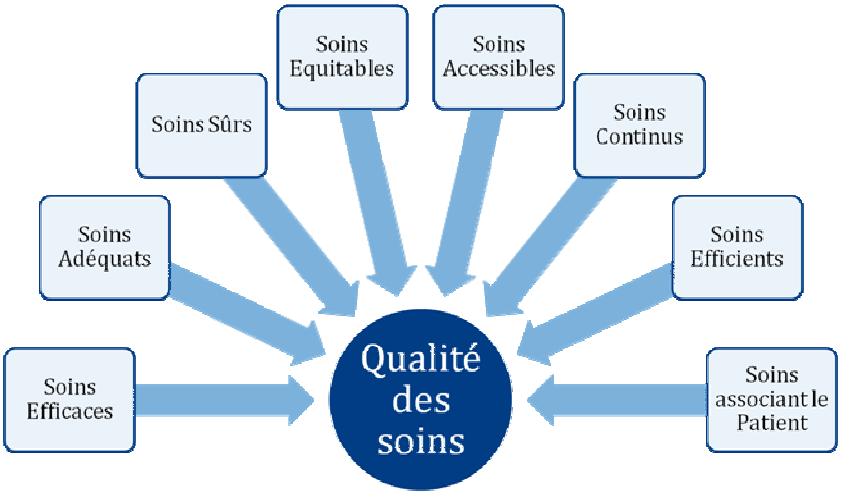


Figure 1 **:**
Aspect multidimensionnel de la qualité des soins

Les dimensions de la qualité des soins les plus fréquemment décrites sont les suivantes, sans classement hiérarchique :

- **Efficacité**

  Les soins prodigués permettent de restaurer et de maintenir la santé des individus.

- **Adéquation**

  Les professionnels s'appuient sur les dernières connaissances scientifiques disponibles pour prodiguer des soins appropriés à la situation clinique du patient.

- **Sécurité**

  Les professionnels prévoient et mettent en place des mesures afin de protéger les patients d'évènements indésirables associés aux soins, ou d'en réduire les conséquences.

- **Efficience**

  Les professionnels prodiguent les meilleurs soins, pour obtenir les meilleurs résultats, au meilleur coût.

- **Equité**

  Les soins sont donnés de façon appropriée et impartiale à chaque patient. D'après la convention européenne de bioéthique, « tout individu *doit pouvoir* bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé réclamés par son état » (15).

- **Accessibilité**

  Les usagers doivent avoir accès aux soins dont ils ont besoin, au moment opportun, quels que soient leur lieu d'habitation, leur handicap ou leurs ressources financières.

- **Prise en compte des besoins exprimés par les patients**

  Les soins proposés tiennent compte des préférences, des attentes, des besoins et des valeurs du patient, et lui sont expliqués.

- **Continuité**

  Les soins sont coordonnés entre les différents professionnels, permettant une prise en charge continue (16).

Qu'est-ce qu'un indicateur de qualité des soins?

Les définitions d'un « indicateur » issues de la littérature varient fortement selon les objectifs poursuivis (17).

La définition retenue dans le cadre de ce guide est la suivante (12) :

« 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 ».

En particulier, un indicateur de qualité des soins est un **outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace.**

L'indicateur devrait idéalement pouvoir objectiver un potentiel d'amélioration, soit en raison d'un écart par rapport à un objectif cible, soit en raison d'une variabilité importante entre établissements. Tous les indicateurs ne conviennent pas à la diffusion publique. Il est en effet nécessaire de s'assurer que l'indicateur répond à une série de principes, détaillés plus loin.

Il faut en outre distinguer :

- Les indicateurs dont l'objectif est de permettre un suivi dans le temps d'un programme d'amélioration de la qualité des soins ou d'évaluation des pratiques professionnelles. Souvent à usage interne d'un établissement ou d'un service, ces indicateurs, en raison de leurs caractéristiques, peuvent ne pas permettre la comparaison avec d'autres structures.
- Les indicateurs dont l'objectif est de faciliter un choix éclairé du public par la comparaison entre différentes structures ; ces indicateurs peuvent également alimenter, par le « benchmarking » qu'ils permettent, un programme d'amélioration de la qualité des soins.

Indicateurs généralisés obligatoires et optionnels

Après une phase de développement d'un indicateur par des unités de recherches[1], la DGOS et la HAS ont généralisé[2], depuis 2006, la mesure de plusieurs indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé (cf. Annexe 2), dont les résultats sont diffusés sur le site Platines (http://www.platines.sante.gouv.fr). D'autres indicateurs, dits optionnels, rappelés également en Annexe 2, sont proposés par la HAS. Pour ces indicateurs, le même développement a été effectué et les mêmes outils sont à la disposition des établissements de santé, mais le recueil se fait à la convenance de l'établissement.

[1] COMPAQ-HPST (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité – Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire) et CLARTE (Consortium Loire-Atlantique – Aquitaine – Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en sanTE)

[2] La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ou la Haute Autorité de Santé (HAS) peuvent décider d'étendre le recueil d'un indicateur de qualité des soins à l'ensemble des établissements de santé concernés, afin que les résultats soient calculés et suivis dans le temps au niveau national. Dans ce but, les outils nécessaires au recueil de l'indicateur sont mis à disposition des établissements. Certains de ces outils sont conçus avec l'Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), comme par exemple le logiciel de tirage au sort des dossiers à évaluer et la plate-forme internet sécurisée pour le recueil et les restitutions des résultats des indicateurs en temps réel. Cette procédure est connue sous le nom de « généralisation du recueil des indicateurs ».

La montée en charge du programme de généralisation des indicateurs a été progressive et concerne désormais tous les secteurs d'activité. La liste des indicateurs généralisés et obligatoires est amenée à évoluer, et à intégrer de nouveaux indicateurs. Ceux-ci sont actuellement en phase de test ou d'élaboration, notamment dans le cadre du programme d'expérimentation des indicateurs en établissement de santé pour les années 2010 à 2012. Ce programme, initié par la circulaire DHOS/E2/DREES/OSAM/2009/224 du 27 juillet 2009, est mené par les équipes de recherche COMPAQ-HPST et CLARTE.

Certains indicateurs de qualité sont aujourd'hui utilisés dans la procédure de certification des établissements de santé. Si la décision finale de certification donne une bonne idée de la démarche qualité d'un établissement, elle ne peut pas être considérée comme un indicateur de qualité des soins à proprement parler.

Autres indicateurs produits par les acteurs du système de santé et les médias

Les structures de soins et d'appui développent et suivent leurs propres indicateurs, notamment dans le cadre des démarches EPP (évaluation des pratiques professionnelles). Ces indicateurs ne sont pas systématiquement éligibles pour la diffusion publique. Ils constituent des outils d'analyse et de mise en œuvre de pratiques de qualité en référence à des recommandations concernant l'une des dimensions de la qualité. Ils peuvent permettre de valider les exigences du développement professionnel continu (article 59 de la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009), dans la mesure où ils respectent les principes méthodologiques requis et validés par la HAS (décrets du 30 décembre 2011 et 9 janvier 2012). Ils permettent également d'évaluer les éléments clés d'une situation clinique, et de participer aux programmes de réduction du risque professionnel dans les spécialités à risque. A cet égard, ils sont pris en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé (critères 2e et 28 c du manuel V2010).

Ils peuvent également faciliter la mesure de l'évolution d'une situation dans le temps, et améliorer la communication interne sur des démarches considérées prioritaires en termes de qualité.

Des indicateurs de qualité des soins peuvent aussi être utilisés par les régulateurs pour le pilotage de l'offre de soins. Ainsi les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), supports de dialogue entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les acteurs de l'offre de soins, qui intègrent le suivi des indicateurs de qualité généralisés, peuvent être enrichis d'indicateurs répondant à des priorités régionales.

Certains médias élaborent aussi des indicateurs, notamment pour publier des classements périodiques des établissements de santé.

***Exemples** (18)*

L'appel au 15 permet au patient présentant une suspicion d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) de bénéficier d'une prise en charge adaptée sur le plan diagnostique et thérapeutique. La mesure du taux de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels le SAMU (centre 15) a été contacté en 1ère intention peut permettre à une Agence Régionale de Santé (ARS) de mesurer l'amélioration de ce critère de prise en charge de l'AVC sur un territoire de santé ou sur la région.

Risque de chutes durant l'hospitalisation. Un service de gériatrie a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur les risques de chutes durant l'hospitalisation. Après mise en œuvre de mesures correctives, il choisit de mesurer comme indicateurs de suivi la proportion de patients pour lesquels le risque de chute est évalué à l'admission, et le taux de chutes annuelles survenues au sein du service. Ce dernier indicateur est utile pour une comparaison dans le temps du service, mais ne permet pas de comparaison externe: le résultat est dépendant d'autres éléments que la qualité des soins (caractéristiques des patients pris en charge, exhaustivité des signalements…).

Quels que soient les indicateurs développés par les acteurs du système de santé ou les médias, leur diffusion publique nécessite que les critères décrits ci-après soient satisfaits.

1.2 L'indicateur possède-t-il les qualités métrologiques nécessaires pour une diffusion publique ?

Pour être diffusé au public, un indicateur de qualité des soins doit satisfaire un certain nombre de critères statistiques complexes qui ne font pas l'objet de ce guide. Seuls les principes généraux, définis selon une classification usuelle, sont repris ici (19,20).

Préalablement à la diffusion des résultats de tout indicateur, il est nécessaire de vérifier si ses qualités ont été validées en amont et sont suffisantes (21). Le diffuseur devrait ainsi être capable de fournir ces éléments de preuve de validité, comme c'est le cas pour les indicateurs généralisés.

L'accès aux résultats des indicateurs de qualité des soins peut influencer la décision de certains usagers dans leur choix de lieu de prise en charge. Cette diffusion intéresse aussi particulièrement les établissements de soins et les professionnels de santé, puisqu'elle leur renvoie une image de la qualité des soins prodigués. La diffusion d'indicateurs dont la validité pourrait être mise en cause peut donc avoir des effets contre-productifs sur la démarche d'amélioration de la qualité des soins.

Le diffuseur doit donc s'assurer que l'indicateur qu'il publie a été évalué selon des critères détaillés ci-après, pour lesquels il dispose de résultats et d'éléments de preuve :

Les qualités métrologiques

Un indicateur de qualité des soins doit satisfaire aux conditions requises d'un bon outil de mesure, désignés aussi sous le nom de qualités métrologiques.

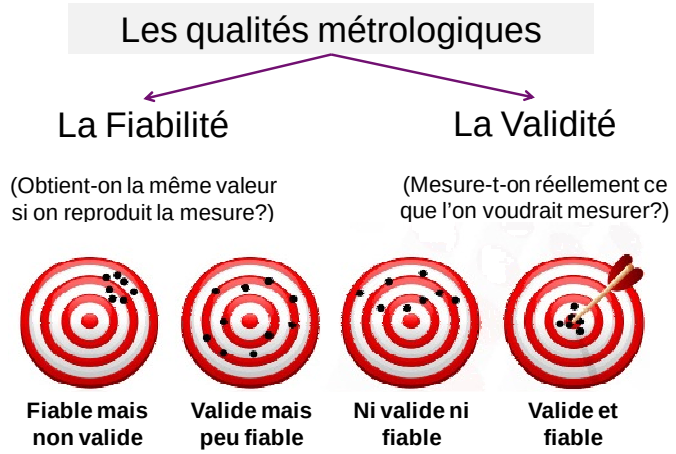


Figure 2 :
Les qualités métrologiques des indicateurs de qualité

- ***La fiabilité***

Une mesure est considérée comme fiable si elle produit des résultats constants lorsqu'elle est appliquée de façon répétitive sur un même phénomène. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent provenir de l'outil de recueil, de la personne qui collecte les données, de la façon dont les questions sont formulées, de la période de recueil, etc.

Exemple *(22,23)*

Les résultats des enquêtes de satisfaction patients

Ils peuvent présenter de fortes disparités selon les modalités de recueil. Le recours à un enquêteur pour aider au remplissage du questionnaire peut entraîner un biais s'il appartient au service de soins ou à l'établissement. De plus, certains auteurs ont identifié une relation dite en "U" entre le taux de satisfaction des patients et la durée écoulée entre la période de conduite de l'enquête et la sortie : les patients interrogés pendant leur séjour ou plusieurs mois après leur sortie ont des taux de satisfaction plus élevés que les patients interrogés quelques semaines après leur sortie. Ainsi, pour garantir la fiabilité d'une telle mesure, la DGOS, sur la base d'une méthodologie testée par une équipe de recherche, a élaboré le cahier des charges d'une méthode d'enquête unique visant la généralisation de l'indicateur de satisfaction des patients hospitalisés.

En l'absence de données sur la fiabilité, le diffuseur devra *a minima* vérifier que le recueil des données nécessaire au calcul de l'indicateur se fait à partir d'une grille de recueil standardisée avec des consignes de remplissage, outils indispensables pour la fiabilité de la mesure.

- ***La validité***

L'analyse de la validité a pour objectif de déterminer si l'indicateur mesure réellement « ce qu'il est censé mesurer ». La validité possède différents aspects (13), à la fois qualitatifs et quantitatifs.[3]

Exemples

La prise en charge de l'infarctus du myocarde (IDM) à la sortie de l'établissement

La définition des indicateurs de pratique clinique évaluant la prise en charge médicamenteuse de l'IDM à la sortie de l'établissement de santé s'est appuyée sur des recommandations de bonnes pratiques de haut niveau de preuve, confirmées par un consensus de cardiologues. Cette démarche garantie la validité des indicateurs.

L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés

Dans le cadre du développement de l'Indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-Satis) [4], l'analyse des différentes dimensions de la validité du questionnaire a été entreprise par les équipes de recherche qui ont développé l'indicateur, et en trois temps : durant les travaux préparatoires de concertation, durant l'élaboration du questionnaire, et à travers une enquête de validation du questionnaire auprès d'un échantillon d'établissements de santé et de patients. Toutes les dimensions de la validité de cet indicateur ont été vérifiées.

- ***La prise en compte du besoin d'ajustement ou de stratification pour limiter les risques de biais*** *(21)*

L'interprétation de certains indicateurs (notamment de résultats) peut parfois s'avérer difficile, du fait de l'existence de facteurs dits « de confusion », influençant les résultats.

L'ajustement est une méthode statistique permettant de minimiser les différences de résultats, pour un même indicateur, liées à d'autres facteurs que la qualité des soins. Ces causes de variation sont appelées « facteurs de confusion » 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 (« casemix », nombre de lits, etc.). L'objectif étant d'évaluer le rôle d'un facteur « toutes choses égales par ailleurs », il s'agit de prendre en compte les facteurs de confusion sous la forme de variables d'ajustement dans le modèle de construction de l'indicateur.

[3] Il est usuel d'en dénombrer quatre types : la validité de « face-à-face », la validité de contenu, la validité de critères et la validité de construit.

[4] http://www.sante.gouv.fr/l-indicateur-de-mesure-de-la-satisfaction-mise-en-place.html

***Exemple** (24)*

Le taux brut (ou non ajusté) de mortalité en chirurgie cardiaque

Il ne s'agit pas d'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… Certaines méthodes d'ajustement (par exemple le score prédictif de chirurgie cardiaque EuroSCORE associant 20 variables) permettent d'améliorer la validité de cet indicateur.

La stratification est utile lorsque l'analyse des résultats est faite par sous-groupes de résultats, en fonction de caractéristiques d'établissements, de services, de patients, … La nécessité de stratifier découle du fait que l'interprétation du résultat global de l'indicateur sur l'ensemble de la population étudiée n'est pas pertinente (trop grande variabilité entre sous-populations, présence de facteurs de confusion).

Exemple

Tableau de bord des infections nosocomiales

Dans les établissements de santé, les résultats sont présentés par classe de performance (5 classes de A à E). Les bornes de ces classes sont différentes selon les catégories d'établissement, reflétant ainsi des niveaux d'exigence et des spécificités en fonction de la taille et du statut juridique de l'établissement.

1.3 L'indicateur diffusé est-il pertinent et répond-il aux objectifs visés par le diffuseur?

Le choix des indicateurs de qualité doit s'appuyer sur une définition précise de leurs objectifs. Une utilisation externe (supervision, choix des patients) implique des caractéristiques différentes par rapport à une utilisation interne (amélioration de la qualité). Pour l'utilisation externe, les indicateurs de qualité doivent, par exemple, être sensibles aux risques relatifs à la sécurité, pouvoir dépister une évolution à long terme et doivent pouvoir détecter des écarts sensibles entre les organisations comparées. Pour une utilisation interne, des indicateurs de qualité directement en lien avec les actions d'amélioration qui peuvent être mises en place sont nécessaires pour mesurer les progrès accomplis et pour déclencher une action de la part des responsables et des professionnels qui souhaitent améliorer le service rendu (25).

Définir au préalable les objectifs poursuivis et les thèmes retenus

La bonne définition des objectifs de qualité des soins poursuivis par le diffuseur lui permet de choisir des indicateurs adéquats, de définir l'exploitation des résultats (comparaison, résultats individuels), le type d'établissements concernés, le niveau d'affichage des résultats (établissement, service, pathologie) et le public qu'il doit cibler en priorité dans la diffusion des résultats.

Pour les indicateurs généralisés, une liste d'objectifs prioritaires a été établie en 2006 par le ministère de la santé et la HAS dans le cadre du projet COMPAQH (www.compaqhpst.fr), pour lesquels un certain nombre d'indicateurs ont été déclinés.

Étant donné l'importance des enjeux de santé pour la population, les thèmes suivants sont à privilégier pour la diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins :

- Les pathologies fréquentes en matière de santé publique (ex : AVC, IDM, etc) ;
- La prise en charge des pathologies chroniques (Diabète, Insuffisance cardiaque ou rénale, etc) ;
- Les prises en charge programmées (Prothèse de hanche, accouchements, chirurgie des varices, hernies, etc).

S'assurer, si tel est l'objectif, de la possibilité d'engager des actions d'amélioration suite à leur diffusion

Les indicateurs généralisés aujourd'hui ont comme objectif de mettre en évidence de manière simple des actions d'amélioration à mener, et de servir ainsi comme support de la démarche qualité dans les établissements.

Exemples

L'indicateur composite de consommation des solutions hydro-alcooliques version 2 (ICSHA-2)

Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure-clé de prévention des infections nosocomiales. La mesure de ces consommations étant globale pour tout l'établissement, en cas de résultat insatisfaisant de l'indicateur, il est difficile de localiser le ou les services de soins qui n'ont pas atteint leurs objectifs de consommation. Chaque service ou pôle doit alors s'approprier ses résultats afin de mieux identifier les actions nécessaires à mettre en place.

La tenue du dossier anesthésique (DAN)

L'analyse en interne des résultats de l'indicateur généralisé « tenue du dossier anesthésique » permet d'objectiver, parmi les critères constitutifs du score, ceux dont les résultats sont perfectibles. Ceci permet de cibler les actions d'amélioration à mettre en œuvre, par exemple pour améliorer l'évaluation du risque lié à l'abord des voies aériennes supérieures ou la traçabilité des conclusions de la visite pré anesthésique dans le dossier.

La satisfaction globale des patients hospitalisés

Un indicateur de satisfaction des patients mesuré de façon globale ne permet pas de déboucher facilement sur des actions d'amélioration.

Choisir, dans la mesure du possible, des indicateurs répondant aux attentes du public

Afin d'atteindre les objectifs de transparence et de meilleure communication auprès du public, le diffuseur doit s'efforcer, autant que possible, de sélectionner des indicateurs de qualité des soins à la fois pertinents et répondant aux attentes du public, et dont le lien avec la qualité des soins a été démontré (8) (voir les détails dans l'**Étape 3**).

Le type d'information requis dépend aussi de la demande et il faut distinguer :

- le **besoin général d'information sur le niveau de qualité** des soins hospitaliers et son évolution au niveau national, régional ou dans son bassin de vie, en l'absence de demande médicale (demande citoyenne) ;
- le besoin d'information sur le niveau de la qualité des soins des établissements **en vue d'un choix de lieu de prise en charge**, ce besoin étant souvent motivé par une demande urgente ou semi-urgente de soins hospitaliers (demande de l'usager).

Dans le premier cas, une présentation d'une batterie d'indicateurs pluri-thématiques ou d'un score agrégé peut se révéler adaptée pour donner une idée globale de la qualité d'un établissement.

Dans le deuxième cas, l'aide à l'orientation suppose l'existence d'indicateurs pertinents par rapport au type de prise en charge demandée. Le niveau de focalisation requis des indicateurs est important, en général celui de la spécialité, de la pathologie ou de l'acte médical ou chirurgical en question.

Il est important que le diffuseur puisse bien distinguer la finalité d'utilisation de ses diffusions, afin d'y adapter son choix d'indicateurs.

1.4 De quel type est l'indicateur, et quels en sont les avantages et les limites ?

Il existe trois types d'indicateurs de qualité des soins : les indicateurs de structure, les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats (26,27). Ces indicateurs peuvent être, selon leur construction, des indicateurs « simples » ouè des indicateurs « agrégés » (ou composites).

Ces différents types d'indicateurs seront illustrés notamment au travers de la thématique de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).

Les indicateurs de structure (26,28)

Définition

Un indicateur de structure permet d'analyser les ressources humaines, matérielles, financières et l'organisation de la structure, nécessaires à la prise en charge des patients. Les indicateurs de structure sont parfois liés à des normes réglementaires.

Exemples

La spécialisation de la prise en charge des **Accidents Vasculaires Cérébraux** a un impact sur la récupération du handicap. Un personnel qualifié dans la pathologie neuro-vasculaire permet d'anticiper d'éventuelles complications des patients à la phase aiguë, grâce à une surveillance étroite et attentive. De ce fait l'indicateur « existence d'une unité neuro-vasculaire (UNV) dans l'établissement » peut être un indicateur de qualité des soins (de type structure) pour la prise en charge des AVC

Autres exemples :

L'indicateur de consommation de gel hydro-alcoolique (ICSHA)
L'accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle de l'établissement
La proportion de chambres individuelles
Le nombre d'infirmiers rapporté au nombre de lits

Avantages

- Ils sont simples à calculer.
- Ils sont peu dépendants des caractéristiques des patients accueillis.
- Les mesures sont factuelles.

Limites

- Leur lien avec les résultats sur la santé n'est pas toujours démontré.
- La qualité des soins n'est pas toujours proportionnelle aux moyens mis en œuvre, ce qui génère un risque de mauvaise interprétation (« plus, c'est mieux »).
- Les pistes d'amélioration peuvent être contradictoires avec d'autres logiques, dont celle de performance économique : l'augmentation du nombre de chambres particulières requiert un investissement financier important.

Préconisations

- Les indicateurs de structure devraient faire l'objet d'une diffusion seulement si leur lien avec la qualité des soins est établi. La nature de ce lien doit être précisée. Par exemple, la consommation de gel hydro alcoolique est un témoin de l'hygiène des mains, qui constitue la première mesure de prévention de la transmission des infections.
- À ce titre, les indicateurs de volume d'activité, indicateurs de structure, ne peuvent être considérés comme des indicateurs de qualité des soins que dans la mesure où le lien entre qualité et volume d'activité est démontré. (25)

Les indicateurs de processus (8,26,29)

Définition

Un processus de prise en charge patient peut être décrit comme l'ensemble des étapes nécessaires à l'obtention du résultat souhaité. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs. Ces processus peuvent concerner directement les soins délivrés aux patients, mais aussi l'organisation de la structure où sont prodigués ces soins.

Un indicateur de processus mesure la mise en œuvre d'une tâche faisant partie de la séquence de soins d'un patient. Lorsque cette tâche est fondée sur une recommandation de bonnes pratiques, l'indicateur permet alors d'évaluer la conformité de la réalisation de cette tache à la recommandation. L'indicateur analyse la sécurité de la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités concernées.

Exemples

La détermination du type de l'AVC (infarctus ou hémorragie) repose sur les résultats d'un scanner cérébral ou d'une imagerie en résonance magnétique (IRM).

Une collaboration étroite entre le SAMU et les structures hospitalières prenant en charge les AVC permet d'organiser l'accès en urgence à l'IRM pour toute suspicion d'AVC aigu, et donc d'adapter au mieux la stratégie thérapeutique, maximisant les chances de récupération du patient. De ce fait, l'indicateur « Proportion de patients avec suspicion d'AVC ayant bénéficié à leur arrivée à l'hôpital d'une IRM et d'une tomodensitométrie » est un indicateur de la qualité des soins de type processus.

Autres exemples :

Tenue du dossier patient (TDP)
Tenue du dossier anesthésique (DAN)
Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (IDM)
Évaluation du risque d'escarre (TRE)
Taux de réunions de concertations pluridisciplinaires conformes (RCP)

Avantages

- Ils sont simples à calculer.
- Ils sont peu dépendants des caractéristiques des patients accueillis.
- Ils permettent de retenir des actions d'amélioration et d'en mesurer l'impact : le dysfonctionnement mesuré fournit en général « directement » l'action correctrice.
- Ils sont facilement compréhensibles pour les professionnels, et décrivent justement leurs pratiques. Par définition, ils sont directement liés à la mise en œuvre d'une tâche précise, ils encouragent donc à mettre en œuvre cette tâche pour améliorer le score de qualité, et facilitent le cas échéant, la diffusion des recommandations de bonnes pratiques.
- Ils permettent d'identifier des différences statistiquement significatives à partir d'échantillons limités.

Limites

- Le lien entre le processus mesuré et les résultats sur la santé n'est pas toujours démontré.
- Ils n'offrent qu'une vision fragmentée et partielle de la qualité des soins.
- Ils sont difficiles à appréhender par le public pour qui le lien entre le respect d'une procédure et la qualité des soins est difficile à établir.
- Ils mesurent la traçabilité d'un acte réalisé : un acte peut être réalisé mais non tracé, et la qualité d'un acte ne se résume pas à sa traçabilité.
- Ils doivent être régulièrement mis à jour à la suite de l'actualisation des recommandations et référentiels, et de l'évolution des données de la science.

Préconisations (30,31)

- Si les indicateurs de processus sont parfois mal compris du public, leur diffusion reste primordiale parce qu'ils incitent les professionnels à améliorer leurs pratiques et sont peu dépendants des caractéristiques des patients (case-mix). Un effort particulier doit être fait pour expliciter simplement au public le lien entre le processus de soins mesuré et le résultat des soins.
- La diffusion des indicateurs de processus suivants est à privilégier :
  - les indicateurs pour lesquels le lien avec le résultat des soins est démontré avec un niveau de preuve suffisant ;
  - les indicateurs qui mesurent aussi la pertinence d'un acte et son adéquation aux besoins réels du patient plutôt que les indicateurs mesurant seulement la réalisation de l'acte. L'enjeu étant ainsi d'éviter une sur-utilisation ou une mauvaise utilisation de l'acte.

Un exemple de ce genre de situations est donné par un **indicateur mesurant le délai d'administration d'un antibiotique** pour les patients atteints de pneumonie. Devoir suivre un seuil de performance national pour cet indicateur indépendamment du besoin spécifique du patient peut mettre les médecins devant une situation contradictoire et conduire à des prescriptions inappropriées d'antibiotiques.

Les indicateurs de résultats (1,4,7,32-34)

Définition

Un indicateur de résultat mesure directement, à l'issue d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction, de sécurité et d'efficience. Il existe deux types d'indicateurs de résultats :

- ***Les indicateurs de résultats intermédiaires*** : ils mesurent l'aboutissement des différentes étapes des processus de prise en charge.
- ***Les indicateurs de résultats finaux*** en termes de santé : ils ont trait à la mortalité, la morbidité, l'incapacité, l'inconfort et la satisfaction.

Exemples

Un indicateur de résultat final illustrant la mesure de la qualité de prise en charge de l'AVC dans un établissement de santé est par exemple le **« Taux de mortalité à l'hôpital dans les 30 jours suivant un accident vasculaire cérébral »**. Un indicateur de résultat intermédiaire serait le « Taux de patients thrombolysés parmi les patients éligibles à la thrombolyse lors du 1er contact médical dédié et avec un Infarctus Cérébral confirmé à l'imagerie »

Autres exemples :

Indicateurs de résultats intermédiaires
Temps d'attente aux urgences
Indicateurs de résultats finaux
Indicateurs de perception des patients (satisfaction et expérience patients)
Taux triennal de Staphylococcus Aureus résistant à la méticilline (indice SARM)
Taux d'infections sur cathéter
Taux d'embolies pulmonaires post opératoires
Taux de complications chirurgicales donnant lieu à une ré-hospitalisation précoce (<72 h)
Taux d'escarres
Taux d'accidents transfusionnels

Avantages

- Ils sont faciles à lire et à comprendre par le public et par les professionnels.
- Ils permettent de mesurer l'impact réel des stratégies et procédures de soin.

Limites

- Ils peuvent être difficiles à mesurer à cause des variables d'ajustement à recueillir.
- Ils nécessitent des échantillons relativement importants pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives.

Préconisations (5,29,34-37)

Il est souhaitable de diffuser des indicateurs de résultats car ils répondent à une attente forte du public et sont généralement mieux compris que les indicateurs de processus. Néanmoins, afin d'éviter tout biais d'interprétation dès lors qu'il s'agit de comparer des établissements, leur pertinence doit être validée au préalable, en fonction de critères statistiques (taille de l'échantillon,…) et en tenant compte de variables d'ajustement (case-mix, etc.). Le diffuseur doit expliciter la méthodologie retenue à cet effet.

- Parmi les indicateurs de résultats, une place particulière doit être réservée aux indicateurs portant sur la perception des patients (satisfaction et expérience), privilégiés par le public. Ces indicateurs devraient aborder les différentes dimensions de la satisfaction de l'usager.
- Pour des pathologies où les évènements mesurés sont rares (mortalité, évènements indésirables), il est conseillé :
    - Soit de définir de nouveaux indicateurs de résultats, comme le niveau de qualité de vie à la sortie ;
    - Soit de réaliser une mesure sur plusieurs années consécutives (comme le taux triennal de SARM) ;
    - Soit d'utiliser des indicateurs composites intégrant les principales complications pour une pathologie ;
    - Soit de présenter des données agrégées sur des pathologies ou situations à risque similaire.
- Les indicateurs de mortalité ciblée, s'ils sont utilisés, devraient être restreints à des procédures programmées et fréquentes, dont le taux de mortalité est relativement élevé et dont le lien avec la qualité des soins est avéré. La pathologie doit être suffisamment représentative au sein de l'établissement ou du groupe d'établissements. Enfin, qu'il s'agisse des indicateurs de mortalité globale ou ciblée, il est nécessaire d'ajuster ce taux de mortalité en fonction d'un certain nombre de variables (sexe, âge, mode d'admission, morbidités associées, etc.) pour pouvoir comparer les établissements de façon objective.

Les scores agrégés d'indicateurs (38)

Définition

Un score agrégé est une combinaison mathématique de plusieurs mesures qui sont en lien avec une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins.

La construction d'un score agrégé ne répond pas à une méthodologie unique. Elle dépend des données disponibles et des objectifs poursuivis par son promoteur. Aucun modèle n'est *a priori* meilleur qu'un autre : il n'existe pas de « gold standard ».

La méthodologie de construction d'un score agrégé comporte plusieurs étapes :

- la sélection des indicateurs pertinents ;
- le traitement des données manquantes ;
- la normalisation des indicateurs si les unités de mesure sont différentes ;
- la pondération des indicateurs ;
- l'agrégation des indicateurs.

Les scores agrégés vont dépendre essentiellement des poids attachés aux indicateurs : les résultats seront très sensibles au choix du schéma de pondération. Il est donc nécessaire de disposer d'une méthode explicite et structurée de définition des poids respectifs des éléments constitutifs du score (consensus ou modélisation statistique).

Il est, ici, fait référence à l'agrégation de plusieurs **indicateurs**, non aux indicateurs construits à partir de plusieurs **critères** tels que l'indicateur ICALIN (Indice Composite d'Action de Lutte contre les Infections Nosocomiales) ou les indicateurs composites multi critères « tenue du dossier patient » et « tenue du dossier d'anesthésie ».

Exemples

Score agrégé de prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (BASI).

Score agrégé du tableau de bord des infections nosocomiales.

Avantages

- Ils peuvent donner une vision synthétique de réalités complexes et multidimensionnelles, en perspective d'une aide à la décision.
- Ils sont plus faciles à interpréter qu'une série d'indicateurs.
- Ils facilitent la communication avec le grand public et la promotion de la transparence.

Limites

- Ils peuvent induire des erreurs d'interprétation si le processus de construction de l'indicateur n'est pas transparent et / ou ne repose pas sur des principes statistiques pertinents.
- Le choix des critères et de la pondération peut être sujet à discussion.
- Ils peuvent rendre difficile l'analyse des composantes sous-jacentes au score global de la qualité et augmenter les difficultés à identifier des actions correctives.
- La méthode d'agrégation utilisée a un impact sur le score.

Préconisations (1,6)

Les scores agrégés sont plus à même de guider le public dans ses choix et ils ont sa préférence, plutôt que des mesures détaillées. L'utilisation d'un score agrégé peut donc être conseillée, sous certaines conditions :

- expliciter la méthode d'agrégation retenue, les choix de pondération des indicateurs et en expliquer les limites d'interprétation ;
- adapter le niveau d'agrégation au besoin d'information du public. L'agrégation d'indicateurs pluri thématiques peut correspondre à un besoin de connaissance globale de la démarche qualité d'un établissement, alors qu'une agrégation thématique ou ciblée sur une pathologie/intervention peut orienter vers un choix du lieu d'hospitalisation ;
- dans tous les cas, mettre à disposition les résultats de chacun des indicateurs constitutifs du score agrégé calculé.

1.5 L'indicateur permet-il la comparaison, et dans quelles conditions ?

Deux grands types d'approches comparatives peuvent être distingués dans l'utilisation d'indicateurs de qualité des soins :

- La comparaison dans le temps pour un même établissement ou service, des résultats d'un indicateur de qualité des soins : elle a pour objectif d'apprécier la dynamique de l'établissement dans le domaine de la qualité.
- La comparaison dans l'espace : elle consiste à comparer des régions, des établissements, des services hospitaliers ou des parcours de soins entre eux. Cette évaluation comparative facilite les échanges et les partages d'expériences.

Quel que soit le type de comparaison, l'utilisation des indicateurs de qualité des soins suppose au préalable que les indicateurs utilisés soient fiables et valides (voir section 1.2). Ceci implique la standardisation des modalités de recueil et d'analyse des données et suppose :

- que ces modalités de recueil et d'analyse, ainsi que leur procédure de contrôle et d'assurance qualité, soient définies au préalable.
- que les **modalités de recueil et d'analyse soient similaires** dans le temps et dans l'espace, indépendamment de la personne en charge du recueil de l'information et du lieu de recueil et d'analyse.

Concernant la comparaison dans l'espace, il convient d'être vigilant sur deux points :

- La nécessité ou non de recourir à une procédure d'ajustement

  L'analyse doit prendre en compte les variables qui influencent la qualité des soins mesurée par un indicateur donné. Ces variables, appelées aussi facteurs de confusion, sont par exemple des ressources, de l'organisation, des processus, et s'il s'agit d'indicateurs de pratiques cliniques, des caractéristiques des patients pris en charge. Comme mentionné plus haut, apparaît ici la nécessité éventuelle de recourir à une **procédure d'ajustement**. La **vérification de la taille d'échantillon nécessaire** pour dépister des différences significatives et par la suite pouvoir mener des comparaisons correctes est également requise.

  Exemple

  Une valeur élevée d'un **indicateur de mortalité** peut être interprétée différemment selon la population considérée, l'âge, le sexe, et la période concernée.

  Ainsi, pour une intervention ou une catégorie d'interventions donnée, la mortalité péri-opératoire doit être interprétée au minimum en fonction du score ASA (5 classes de risque définies par l'American Society of Anesthesiologists).

- La nécessité ou non de recourir à la stratification

  Un autre préalable à la comparaison dans l'espace peut être la définition et la validation des sous-groupes en fonction de caractéristiques des patients, des services (exemple : établissements publics / établissements privés, établissements avec plus ou moins de 10 000 séjours,…), au sein desquels la comparaison devient possible sans ajustement.

Étape 2
Accompagner la diffusion de chaque indicateur des bonnes informations

Aide-mémoire pour vérifier les informations à diffuser avec chaque indicateur

Le libellé de l'indicateur est-il compréhensible par le public ?

Il est nécessaire de fournir un libellé simple mais fidèle à la mesure de l'indicateur. La question concrète à laquelle l'indicateur répond doit être explicitée **(voir section 2.1).**

La définition exacte de l'indicateur est-elle fournie ?

La forme sous laquelle se présente l'indicateur (pourcentage, délai, nombre, etc.) et le détail de sa construction doivent être spécifiés **(voir section 2.2).**

Comment peut-on l'interpréter ?

Le « sens » du lien entre les résultats et la qualité des soins, ainsi que la méthodologie de construction de l'indicateur et de ses classes de performance/valeurs cibles doivent être explicités. Spécifier le champ des structures concernées par la mesure peut éviter de mauvaises interprétations **(voir section 2.3).**

En quoi sa mesure reflète la qualité des soins ?

Le lien entre le bon résultat de l'indicateur et la qualité des soins dans une ou plusieurs de ses différentes dimensions doit être fourni **(voir section 2.4).**

Quelle est la source des données, la date du recueil et sa méthodologie ?

Afin de garantir la transparence et la crédibilité des résultats, il est nécessaire de préciser la méthodologie de recueil, la période de recueil et s'il y a une procédure de contrôle de la qualité des données. L'indépendance de la production des données, de leur traitement et de leur diffusion est un gage de crédibilité **(voir section 2.5).**

L'indicateur est-il validé ? Par qui ?

L'affichage de l'identité du développeur et de son engagement quant aux qualités métrologiques et à la pertinence de l'indicateur sont un gage de fiabilité de l'indicateur pour le public **(voir section 2.6).**

Quelles sont les limites de l'indicateur ?

Les limites générales de l'utilisation d'indicateurs ainsi que les limites spécifiques des indicateurs diffusés doivent être précisées **(voir section 2.7).**

2.1 Un libellé compréhensible par le public et correspondant à ce que l'indicateur mesure

Dans l'idéal, le libellé d'un indicateur doit refléter fidèlement ce qu'il mesure et n'oblige pas à se référer à une information détaillée pour être compris (1,39). En effet, même si une information détaillée sur chaque indicateur doit être mise à la disposition du public, la compréhension doit en être immédiate à partir du seul libellé de l'indicateur. En effet, la grande majorité des utilisateurs préfèrent, en cas d'incompréhension, passer à un autre indicateur plutôt que de consulter une information détaillée (40). Pour toute diffusion publique, il est souhaitable d'indiquer au lecteur la question concrète à laquelle l'indicateur répond, pour illustrer le lien de celui-ci avec la qualité des soins.

Par exemple, concernant l'indicateur de mesure de la douleur, la question serait : « la douleur du patient est-elle recherchée ? ». Pour être aisément et rapidement compréhensible, le libellé de l'indicateur ne doit pas comporter de jargon technique. Une précision technique pourra éventuellement être apportée entre parenthèses à la suite du libellé de l'indicateur.

Les phrases courtes sont à privilégier.

Exemples de formulations

On utilisera le libellé **Mesure de la douleur (l'intensité de la douleur que vous avez ressentie est inscrite dans votre dossier)** plutôt que Prise en charge de la douleur, car ce dernier libellé ne reflète pas exactement ce que l'indicateur mesure.

De même, on utilisera le libellé **Dépistage du cancer du sein (par mammographie)** plutôt que Mammographie de dépistage car ce dernier libellé commence par un terme technique qui peut poser au public un problème de compréhension.

2.2 Une définition claire et exacte

La diffusion de l'indicateur doit comporter, outre un libellé précis, la forme sous laquelle se présente l'indicateur (pourcentage, délai, nombre, etc.) et donner le détail de sa construction. Toute abréviation doit être expliquée. Le jargon technique sera évité et une formulation simple sera adoptée.

Exemple

Proportion de réalisation de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) pour toute suspicion d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

Numérateur :

- Nombre de patients avec suspicion d'AVC pour lesquels une IRM a été réalisée en première intention (en vue de poser le diagnostic d'AVC).
- Critères d'exclusion : Patient ayant eu un scanner en première intention.

Dénominateur :

- Nombre de patients présentant une suspicion d'AVC
- Critères d'exclusion : Patient présentant une contre indication à l'IRM ou patient agité.

2.3 Une méthode d'interprétation du résultat

Pour chaque indicateur, une **méthode d'interprétation du résultat** doit expliquer au lecteur la manière de lire correctement la valeur de l'indicateur. Ceci inclut notamment :

- **Le « sens » du lien entre résultats et qualité des soins :** une valeur élevée reflète-t-elle une bonne ou une mauvaise qualité des soins ? Dans un souci de fiabilité, le « sens » des indicateurs diffusés devrait être standardisé, l'ensemble des indicateurs s'interprétant dans le même sens. Dans le cas contraire, il est important de l'indiquer très clairement.

Exemple (2,44)

Pour l'indicateur **« taux d'hospitalisation pour asthme »** (fréquemment diffusé aux États-Unis), le public peut interpréter une valeur élevée comme un gage de qualité. Or, une prise en charge adéquate du patient asthmatique chronique doit permettre de prévenir les complications et d'éviter les hospitalisations pour crise asthmatique grave.

- **La définition des classes utilisées :** si le résultat de la mesure de l'indicateur est présenté sous forme de classes (par exemple de A à E, ou de 1 à 3 étoiles) correspondant au niveau de performance atteint, il est nécessaire d'expliquer la logique de ce genre de comparaison, et de donner la définition des classes utilisées.

- **L'atteinte ou non d'un objectif minimal défini et explicité :** la nature de l'objectif (taux, score, etc.), et donc le niveau de performance souhaité, ainsi que les modalités de fixation de ce niveau de performance doivent être clairement mentionnés.

Exemples

Délai d'Envoi du Courrier de fin d'hospitalisation (DEC)

Le courrier de fin d'hospitalisation doit être envoyé par l'établissement de santé dans les 8 jours suivant la sortie du patient à son médecin traitant afin de l'informer sur le déroulement et les conclusions de l'hospitalisation du patient. Le contenu doit comprendre les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins : dates du séjour, synthèse médicale et traitement de sortie. Ainsi pour l'indicateur DEC, le Ministère de la Santé a fixé en 2009 aux établissements de santé l'objectif d'envoyer aux médecins traitants au moins 80 % des courriers de fin d'hospitalisation (avec un contenu conforme) sous 8 jours.

Délai entre le premier contact médical du patient et l'expansion du ballonnet

La Société française de cardiologie, la Société francophone de médecine d'urgence et le SAMU de France, ont élaboré, en partenariat avec la Haute Autorité de Santé, une série de recommandations pour la prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë. L'un des indicateurs définis est le délai entre le premier contact médical du patient et l'expansion du ballonnet au cours de l'angioplastie. D'après les recommandations, ce délai doit être inférieur à 120 mn pour chaque patient. Un seuil fixé à atteindre pour les acteurs de cette prise en charge pourrait être de 90% de patients pour lesquels le délai entre le premier contact médical du patient et l'expansion du ballonnet au cours de l'angioplastie est inférieur à 120 mn.

- **L'intervalle de confiance**[5] des résultats : la présentation d'intervalles de confiance est appropriée. Cependant, elle est souvent mal comprise par le public, et sa représentation peut faire douter de la fiabilité des données. Une solution pourrait être de présenter ces intervalles, comme les autres détails techniques, dans une section spécifique accessible à partir de ou après la présentation des résultats simplifiés.
- Dans le cas **d'une diffusion d'indicateurs agrégés**, il est important de préciser la **méthode d'agrégation** retenue, sa justification, ainsi que ses avantages et inconvénients. Il est ainsi souhaitable d'expliciter les critères de choix entre les différentes méthodes, et de préciser les réserves relatives à l'emploi de ces méthodes.
- Les **établissements non concernés** par le calcul de l'indicateur, et les motifs d'exclusion, doivent également être mentionnés.

[5] L'intervalle de confiance à X % du résultat d'un indicateur est un intervalle de valeurs dans lequel la vraie valeur de l'indicateur a une probabilité donnée X de se trouver. Par exemple, une réduction de la mortalité de 20 % qui est observée suite à l'essai d'un traitement médicamenteux, avec un intervalle de confiance à 95 % de [5 %; 35 %], signifie que, bien qu'une baisse de 20% ait été observée ponctuellement dans l'essai, il n'est pas possible d'exclure que l'efficacité du traitement soit en réalité plus petite (au pire elle peut être de 5 %) ou plus grande (au mieux de 35 %). En d'autres termes, dans cet essai une réduction de 5% n'est pas statistiquement différente de 20 %.

Des données justes et loyales envers les établissements (1,4)

Le public souhaite que les données diffusées soient justes et loyales envers l'établissement évalué. Pour certains indicateurs, il sera donc utile de préciser que le résultat ne dépend pas seulement de l'établissement, mais éventuellement aussi, et selon les cas, de pratiques d'autres professionnels de santé ou des caractéristiques du patient.

2.4 En quoi sa mesure est-elle en lien avec la qualité des soins ?

Aux yeux du public, certains indicateurs peuvent paraître très éloignés de ses préoccupations alors qu'ils sont en lien direct avec la qualité des soins. Le lien entre le bon résultat de l'indicateur et la qualité des soins (dans ses différentes dimensions) mérite donc d'être explicité (2,4). Dans cette optique, il serait utile de préciser les bonnes pratiques de soins en lien avec la mesure de l'indicateur, et éventuellement de rappeler la démarche qualité qui le sous-tend. Inversement, il serait contre-productif de mettre à disposition du public des informations dont l'interprétation en termes de bénéfices pour les patients est incertaine ou sujette à controverses.

Exemple *(41)*

Tenue du dossier patient

La bonne tenue du dossier du patient est un élément essentiel pour garantir la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est un reflet de la qualité de la pratique professionnelle et permet d'assurer la coordination des différents professionnels auprès du patient. Le contenu du dossier médical est défini réglementairement dans le code de santé publique (article R1112-1).

Des travaux ont démontré l'existence de liens entre l'amélioration de la qualité du dossier patient et la qualité de la prise en charge[6]. Il en est attendu un impact fort sur la qualité de la prise en charge des patients. La HAS a fait de l'amélioration de la tenue du dossier une priorité et les premiers résultats de cet indicateur confirment l'existence de marges d'amélioration.

[6] Ausset S, Bouaziz H, Brosseau M, Kinirons B, Benhamou D. Improvement of information gained from the pre-anaesthetic visit through a quality-assurance programme. Br J Anaesth 2002; 88: 280-3.
Brami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. J Eval Clin Pract 2002; 8: 175-81.

2.5 Des précisions sur la source des données, la date et la méthodologie du recueil

Par souci de transparence, il est important que l'utilisateur puisse identifier les sources des données (4,42), ainsi que la méthode de recueil utilisée. Dans une section spécifique située après la présentation résumée des résultats devraient ainsi figurer :

- **La méthodologie de recueil** (détails techniques et statistiques). En cas d'enquête par sondage, il est utile de préciser la méthode de constitution de l'échantillon et sa taille.
- **La date des données recueillies**. Des données datant de plus de 3 ans ne devraient plus être diffusées (32) sauf si une agrégation de résultats sur plusieurs années est nécessaire au calcul de l'indicateur, ou si elles sont utilisées pour montrer l'évolution dans le temps des résultats d'un indicateur. Une comparaison des résultats d'un indicateur entre plusieurs établissements de santé doit se faire sur les mêmes années de référence (29).
- **Les procédures de contrôle qualité**, qui permettent de renforcer la fiabilité du recueil et des données. Par exemple, pour tous les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, des vérifications et des contrôles de données des bilans d'activité sont organisés chaque année par les services déconcentrés de l'Etat (ARS) et concernent au moins 10% des établissements de santé effectuant le recueil. Entre 2005 et 2009, un tiers des établissements de santé ont été contrôlés.

Des résultats crédibles et transparents (43)

Afin d'assurer l'adhésion du public à l'utilisation des indicateurs de qualité diffusés, la crédibilité des résultats doit être garantie. Cette crédibilité renvoie à la maîtrise des méthodes statistiques : méthodes d'ajustement, nombre minimal de cas, fiabilité des données... La transparence affichée des modes de production des indicateurs et des classements, comme l'indépendance de leur développement, en sont les meilleures garanties.

2.6 Des informations sur la validation de l'indicateur

Une information sur la validation de l'indicateur doit être communiquée à l'utilisateur. Il est recommandé de mentionner l'entité qui a développé l'indicateur et les différentes étapes de test et validation préalables : pertinence et qualités métrologiques. Si l'indicateur est utilisé à des fins de comparaison inter-établissements, il s'agira d'en préciser le champ, les conditions et éventuellement les modalités particulières (ajustement, stratification…) (cf Etape 1).

Qui, comment ?

L'affichage de l'identité du développeur et de son engagement quant aux qualités métrologiques et à la pertinence de l'indicateur est un gage de fiabilité de l'indicateur pour le public.

2.7 Un aperçu des limites de l'indicateur

Même s'il n'est pas recommandé de fournir des détails statistiques, il est important de présenter clairement et simplement certains avertissements sur les données diffusées. Ces avertissements sont de deux ordres :

- La qualité globale d'un établissement ne peut être extrapolée à partir de quelques mesures qui ne reflètent que certaines prises en charge spécifiques. Cette vérité doit être formulée d'emblée.
- Le public doit être conscient des limites d'interprétation des indicateurs diffusés, qui doivent donc être mentionnées.

Le renvoi vers des annexes

Les détails techniques des caractéristiques et limites des indicateurs peuvent être annexés après la présentation des résultats. Il est aussi possible de renvoyer le lecteur vers des sources d'informations complémentaires (par ex : fiches descriptives des indicateurs de qualité).

2.8 Quatre exemples

Les tableaux suivants illustrent les principales informations à diffuser pour quatre exemples d'indicateurs de la qualité des soins, sans toutefois exposer les modalités d'affichage.

Ces dernières seront traitées et illustrées plus loin au niveau du chapitre 3.

Tableau 1 : Un indicateur de structure

Intitulé de l'indicateur	Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle
Question à laquelle il répond	Les dispositifs de signalisation, de circulation et d'information mis en place dans l'établissement de santé facilitent-ils l'accessibilité de toutes les populations de patients?
Lien avec la qualité des soins	L'une des vocations d'un établissement de santé est d'accueillir des patients et les membres de leur entourage. Il doit être ouvert et accessible à tous. Le respect du patient-usager est réaffirmé par plusieurs lois récentes. Elles reconnaissent de manière absolue le droit de la personne malade au « respect de sa dignité *et le droit à l'égalité des droits et des chances*, la participation et la citoyenneté pour les *personnes handicapées* ». L'amélioration de l'accessibilité physique contribue à un meilleur confort d'usage pour tous, à l'insertion des personnes handicapées et la prévention des situations de handicap auxquelles les personnes valides se trouvent souvent confrontées. Cet indicateur répond essentiellement à la dimension « accessibilité » de la qualité des soins.
Ce qu'il mesure (définition)	Cet indicateur est un score agrégé calculé à partir de la pondération de critères répondant à trois dimensions : l'orientation et la signalétique, la circulation et les équipements, et finalement l'accueil et l'information. Le résultat est exprimé sous la forme d'une note sur 100 et d'une classe de performance (A à E) issue d'un classement en 5 classes de performance fondé sur les quantiles considérant aux extrêmes les 10% meilleurs et moins bons, la classe A correspondant aux meilleurs.
Méthodologie de recueil	Le recueil consiste en une analyse de l'ensemble des dispositifs de signalisation, de circulation et d'information mis en place dans l'établissement par la réponse à un questionnaire. Cette analyse de l'existant porte sur l'accessibilité de 3 lieux (au maximum) et d'un service de consultation externe jugé prioritaire. Il s'agit : • D'un service des urgences (à l'exception des établissements SSR, PSY et des CLCC) ; • D'un service d'imagerie (à l'exception des établissements PSY et de certains SSR) ; • D'un service administratif (admission ou enregistrement et caisse ou paiement) ; • D'un service de consultation externe choisi par l'établissement.
Comment l'interpréter	Le score donné par cet indicateur est le pourcentage de réponse de l'établissement aux exigences en matière d'amélioration de l'accessibilité notamment pour les populations handicapées. Une note élevée montre que l'établissement a mis en place suffisamment de dispositifs de signalisation, de circulation afin d'augmenter le niveau d'accessibilité**.** L'établissement est classé au sein d'une classe de performance, de A à E, selon son score.
Validation de l'indicateur	Cet indicateur a été développé par COMPAQ-HPST. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs.
Limites de l'indicateur	Au niveau de certains items, cet indicateur nécessite la présence d'une personne qualifiée (ingénieur travaux, par exemple), dont les compétences ou la transparence peuvent varier d'un établissement à l'autre. Le recueil ne concernant qu'une partie des services de l'établissement, il n'est pas possible de conclure sur la conformité de tous les services d'accueil ou de soins de l'établissement.
Source et date des données	Cet indicateur n'est pas généralisé.
Informations	http://www.compqhpst.fr

Tableau 2 : Un indicateur de processus

Intitulé de l'indicateur	Évaluation de la douleur
Question à laquelle il répond	L'évaluation de l'intensité de la douleur du patient est-elle recherchée et écrite dans son dossier ?
Lien avec la qualité des soins	La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». Il est reconnu et admis de tous qu'afin de mieux dépister, quantifier et suivre l'évolution de la douleur ressentie, il est nécessaire d'utiliser des méthodes fiables et reproductibles. Ces évaluations doivent donc être effectuées à l'aide d'échelles validées. Cet indicateur répond essentiellement à la dimension « prise en compte des besoins du patient ».
Ce qu'il mesure (définition)	Présenté sous forme d'une proportion, cet indicateur mesure la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier patient. Il représente la proportion de séjours pour lesquels il existe au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier d'un patient algique (qui ressent une douleur) ; ou au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique.
Méthodologie de recueil	La proportion de conformité pour l'établissement est calculée sur un échantillon aléatoire de 80 dossiers médicaux portant sur des séjours du premier semestre de l'année de recueil.
Comment l'interpréter	Plus le résultat de cet indicateur est élevé, mieux l'établissement de santé évalue l'intensité de la douleur de ses patients, et plus grandes sont les chances que la prise en charge de la douleur soit de qualité. Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes : • La moyenne nationale ; • Le seuil de performance fixé à 80% (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performance qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation de la douleur. Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 contiennent une évaluation de la douleur. Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers contiennent une évaluation de la douleur. Les établissements de la classe D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil. Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.
Validation de l'indicateur	Cet indicateur a été développé dans le cadre du projet COMPAQH. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs. Depuis 2008, le recueil de cet indicateur est obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité MCO, SSR et/ou HAD dans le cadre de la procédure de certification V2010. Cet indicateur permet de comparer des établissements de santé.
Limites de l'indicateur	L'évaluation de la douleur est un préalable indispensable à son traitement et au suivi, mais elle ne garantit par pour autant la qualité de sa prise en charge.
Source et date des données	Cet indicateur a été développé par COMPAQH et généralisé par la HAS. Campagne annuelle des indicateurs IPAQSS. Séjours du 1er semestre de l'année n.
Pour plus d'informations	Fiches descriptives des indicateurs IPAQSS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_827025

Tableau 3: Un indicateur de résultats

Intitulé de l'indicateur	Taux triennal de *« Staphylococcus aureus »* résistant à la meticilline (indice SARM)
Question à laquelle il répond	Quelle est l'évolution de la fréquence d'une des principales bactéries responsables des infections nosocomiales au sein de l'établissement ?
Lien avec la qualité des soins	La France connaît en matière de SARM une situation endémique depuis de nombreuses années. Cette situation concerne tous les établissements de santé où le SARM est une espèce fréquemment en cause dans les infections nosocomiales. L'enjeu de cet indicateur est de permettre d'estimer au sein de tous les établissements de santé, de façon rudimentaire mais robuste, l'évolution de la fréquence de ces bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Cet indicateur est relativement facile à exprimer et peu coûteux à produire à partir des données de routine du laboratoire de microbiologie. Son suivi permet une analyse tant à l'échelon local que régional et national de la maîtrise de la diffusion des SARM en France. Il répond essentiellement à la dimension « sécurité des soins ».
Ce qu'il mesure (définition)	L'indicateur SARM est présenté sous la forme d'un taux défini par le nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée dans l'année, au sein d'un prélèvement à visée diagnostique, rapporté à 1000 journées d'hospitalisation. Cet indicateur est un indice triennal calculé à partir des données recueillies sur 3 ans car les variations annuelles au sein d'un même établissement peuvent être importantes d'une année à l'autre. Numérateur : nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de SARM a été isolée au sein d'un prélèvement à visée diagnostique au cours des années n à n-2 Dénominateur : Nombre de journées d'hospitalisation dans les années n à n-2
Méthodologie de recueil	L'indicateur est calculé par l'administration centrale (cellule infections nosocomiales DGOS) à partir des transmissions de données des établissements. Il est calculé sur trois années consécutives de façon à lisser les variations annuelles.
Comment l'interpréter	Le taux triennal de SARM (taux de SARM sur 3 ans) reflète donc le niveau de risque d'acquisition d'un SARM pour un patient. Ce risque est d'autant plus élevé que l'indice SARM l'est. Mais ce dernier dépend du type d'activités réalisées, et du type de patients pris en charge. A titre d'exemple, le taux de SARM dans un service de réanimation est souvent plus élevé que dans un service de chirurgie. Un indice SARM à 0,6 par exemple, signifie qu'en moyenne, au cours des trois dernières années, 0,6 infections à SARM se sont produites toutes les 1 000 journées d'hospitalisation. La tendance évolutive des taux annuels de SARM reflète les efforts entrepris par l'établissement pour la maîtrise de la diffusion des SARM. **Des catégories d'établissement de santé** Les résultats sont rendus pas catégorie d'établissements (CHU-CHR, Centre hospitaliers, ex Hôpital local, cliniques MCO, SSR-SLD, CLCC) en fonction de leurs missions, activités et taille sous la forme de classe de performance **Des classes de performance** Les classes de performance reposent sur les classes de percentiles (10, 30, 70, 90) calculées à partir du taux triennal des années n-2,n-1 et n. Les bornes inférieures et supérieures de classes ne changent pas au fil des années afin de visualiser les évolutions de classe d'établissements de santé d'une année sur l'autre. • La classe A correspond aux établissements qui ont le taux triennal de SARM le plus bas • La classe E correspond aux établissements de santé ayant le taux triennal de SARM le plus haut Le taux triennal dépend: • Du nombre de SARM dits importés (patients infectés venant d'un autre hôpital ou de la communauté). • Du nombre de SARM dits acquis (reflet de la prévention de la diffusion des SARM d'un patient à l'autre et de la politique de maîtrise de la prescription des antibiotiques). D'après les différentes études menées par l'InVS, la proportion de SARM acquis est stable dans le temps

Validation de l'indicateur	Cet indicateur a été développé par COMPAQH et généralisé par la DGOS. Sa pertinence et ses qualités métrologiques ont été testées et validées par les développeurs.
Limites de l'indicateur	• Réactivité lente de la mesure (car indicateur cumulatif) • Problèmes des transferts et des réadmissions : l'indicateur ne permet pas de distinguer les infections portées avant l'hospitalisation ou attrapées durant l'hospitalisation
Source et date des données	Recueil annuel obligatoire des établissements de santé pour les années n, n-1 et n-2.
Pour plus d'informations	http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_descriptive-sarm_novembre2011.pdf

Tableau 4 : Un score agrégé

Intitulé de l'indicateur	**Prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (BASI)**
Question à laquelle il répond	Les bonnes prescriptions médicamenteuses à la sortie d'hospitalisation pour infarctus du myocarde ont-elles été réalisées ?
Lien avec la qualité des soins	En France, la prise en charge des maladies cardiaques s'est considérablement améliorée au cours des 10 dernières années, comme en attestent les récentes données communiquées dans le cadre du programme pilote « infarctus du myocarde » de la HAS. Le taux d'infarctus du myocarde en France est parmi l'un des plus bas en Europe. Chaque année, environ 100 000 personnes sont atteintes d'infarctus du myocarde en France : 7 % décèdent dans le premier mois, 13 % au total dans la première année. Cette mortalité a été réduite de moitié en 10 ans et la survie à la sortie de l'hôpital est élevée (90 %) et dépasse 95 % pour les patients de moins de 75 ans. Les quatre indicateurs de cette thématique se centrent sur la prise en charge médicamenteuse de l'IDM à la sortie de l'établissement de santé.
Ce qu'il mesure (définition)	Il s'agit d'un indicateur composé de quatre indicateurs : • Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel • Prescription appropriée de bêta-bloquant • Prescription appropriée d'Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2) • Prescription appropriée de statine La méthode d'agrégation utilisée est le « tout ou rien » (All or None). Il faut que le patient ait tous les traitements appropriés que son état nécessite sinon son traitement est considéré comme non conforme. L'indicateur, présenté sous la forme d'un score sur 100, évalue la prescription de l'ensemble de ces traitements à la sortie de l'établissement de santé. La non-prescription doit être justifiée.
Méthodologie de recueil	Le calcul de l'indicateur est réalisé sur un échantillon aléatoire de 60 dossiers médicaux portant sur des séjours de l'année précédente. Pour chaque dossier, il est recherché la prescription de ces 4 traitements (ou la justification de la non-prescription) (cotation à 1). En cas de non prescription sans justification médicale d'au moins 1 de ces traitements, le dossier est côté à 0. Un score global est calculé pour l'établissement.

Comment l'interpréter	Plus le score sur 100 de cet indicateur est élevé, plus la prise en charge médicamenteuse suite à la phase aigüe d'un infarctus du myocarde respecte les bonnes pratiques. Les modalités de comparaison pour la diffusion publique se font par rapport aux deux références suivantes • La moyenne nationale • Le seuil de performance fixé à 80% (qui ne change pas au cours des années afin de visualiser les changements de classe) : les classes de performances qui en découlent indiquent où se positionnent les établissements par rapport au niveau de qualité attendu fixé à 80%. Les établissements en classe A (3 étoiles) ont dépassé cette valeur attendue. Ceux en classe B (2 étoiles) l'ont atteinte. Ceux en classe C (1 étoile) ne l'ont pas encore atteinte. La classe D (aucune étoile) correspond aux établissements qui n'ont pas évalué la qualité de leur prise en charge avec l'indicateur. La classe de performance est calculée en tenant compte de l'intervalle de confiance. Dans les établissements de classe A, plus de 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux adapté. Dans les établissements de la classe B, 8 dossiers sur 10 ont un traitement médicamenteux complet. Dans les établissements de la classe C, moins de 8 dossiers ont un traitement médicamenteux complet. Les établissements D n'ont pas répondu à leur obligation de recueil. Par ailleurs sont aussi fournis aux établissements, 2 autres modalités de comparaison : par rapport à la moyenne régionale et par rapport à celle du secteur d'activité concerné.
Validation de l'indicateur	Cet indicateur a été développé et généralisé par la HAS à partir des travaux de COMPAQH sur l'agrégation. La pertinence et les qualités métrologiques des 4 indicateurs constitutifs du score calculé ont été testées et validées. Cet indicateur permet la comparaison entre les établissements de santé.
Limites de l'indicateur	La qualité de la prise en charge après phase aiguë d'IDM ne se limite pas à la qualité de la prescription médicamenteuse. Des mesures d'hygiène de vie sont par exemple également indispensables.
Source et date des données	Campagne annuelle des indicateurs IPAQSS. Séjours de l'année n-1.
Pour plus d'informations	Fiches descriptives des indicateurs IPAQSS : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/ipaqss_20090730_fiche_idm.pdf

Étape 3
Vérifier les points clés d'une bonne communication

Aide-mémoire des points clés à vérifier pour une bonne présentation des données

Connaître les comportements du public et comprendre ses attentes

L'analyse des attentes du public cible est une étape préalable au choix des indicateurs et à leur mode de présentation. Certaines caractéristiques des attentes générales du public français figurent à **la section 3.1**. Des analyses de la cible particulière du diffuseur peuvent être complémentairement utiles.

Limiter la quantité d'informations communiquées et hiérarchiser sa présentation (voir section 3.2)

- Regrouper les indicateurs par thèmes (ex : pathologie, dimension de la qualité des soins, acte,…) pour permettre à l'utilisateur d'identifier plus clairement le thème et l'importance des indicateurs.
- Présenter les indicateurs sur une seule page pour permettre à l'utilisateur une vue synthétique des informations. La liste d'indicateurs présentés ne devrait pas en général dépasser une vingtaine.
- Hiérarchiser les informations du général au particulier pour permettre à l'utilisateur de garder une vue synthétique du contenu tout en étant en mesure d'accéder selon son besoin à des informations complémentaires plus détaillées.
- Proposer à l'utilisateur un module d'aide sous forme interactive (vidéo, animation, démonstration, etc.).

Résumer, surligner, simplifier, interpréter les résultats : quelques préconisations (voir section 3.3)

- Présenter l'information de manière « visuelle » : utiliser des symboles simples et reconnus par le public, combiner des symboles avec des mots pour l'interprétation des résultats, utiliser la gradation des couleurs pour montrer une différence de résultats, utiliser quand c'est nécessaire des éléments cartographiques.
- Simplifier la présentation des données numériques : éviter de présenter des nombres avec décimales, présenter les résultats dans le même sens pour tous les indicateurs, utiliser le même dénominateur si possible, ne pas afficher des données complexes au premier niveau de lecture.

Améliorer la présentation des comparaisons (voir section 3.4)

- Présenter les comparaisons par classes plutôt que par rangs, pour être plus équitable envers les établissements.
- Si la finalité de la comparaison est d'aider l'utilisateur à s'orienter vers les meilleurs établissements pour un type de prise en charge, proposer un classement basé sur des indicateurs ciblés sur la pathologie, l'intervention ou la spécialité que recherche l'utilisateur.
- Donner la possibilité de restreindre le classement à une zone géographique proche du lieu de résidence de l'usager afin de donner plus de sens aux résultats et faciliter son choix.
- Lorsqu'il s'agit de présenter un résultat agrégé, afficher aussi le détail du score par thématique, afin que le public puisse discerner les raisons des différences entre établissements.

Faire preuve de transparence (voir section 3.5)

- Mentionner l'organisme producteur des données et celui qui est responsable de la diffusion ainsi que la nature de ses liens avec les entités évaluées.
- Décrire le processus de production de l'information rendue publique.
- Donner la possibilité de consulter la méthodologie détaillée, de télécharger éventuellement la base de données, de contacter les responsables de la diffusion.
- Si applicable, identifier les entités concernées mais n'ayant pas participé au recueil et les distinguer de celles pour lesquelles les résultats ne sont pas présentés en raison d'un nombre insuffisant de cas.

Tenir compte du support (voir section 3.6)

- Quel que soit le support (internet ou papier), tout se joue dès la première page.
- Sur internet, éviter la multiplication des onglets et les pages trop longues et s'assurer de l'accès rapide à l'information.
- Sur papier, la mise en page est très importante (synthétique, aérée), le graphisme doit être clair et attractif.
- Dans les deux cas, tester le support pendant la phase de développement.

Adapter la stratégie de communication à la cible visée (voir section 3.7)

- Adapter la communication aux différents publics : pour pouvoir atteindre l'ensemble du public, il conviendrait d'utiliser Internet mais aussi d'autres voies de diffusion (télévision, support téléphonique, brochures ou autres).
- Élargir la cible de la diffusion à travers un travail de sensibilisation et de formation à la qualité des soins et sa mesure. Des actions de communication peuvent être envisagées en fonction de la nature du public visé.

Évaluer l'impact qualitatif et quantitatif de votre communication (voir section 3.8)

- Mesurer la dissémination de la diffusion (connaissance du programme de diffusion publique).
- Mesurer la compréhension et l'utilisation par le public.

3.1 Connaître les comportements du public et comprendre ses attentes

L'analyse du contexte dans lequel s'inscrit la diffusion publique des indicateurs de qualité des soins met en évidence plusieurs éléments de réalité que le diffuseur gagnerait à prendre en compte afin de maximiser l'impact de sa communication. Les éléments listés ci-dessous concernent le comportement et les attentes du public français de façon générale, à partir d'une analyse de la littérature sur la diffusion publique en France et à l'international (3,42,43,45). Evidemment, il revient *in fine* au diffuseur de vérifier si la population à laquelle il s'adresse ne présente pas certaines caractéristiques ou attentes spécifiques supplémentaires à prendre en compte dès le début de la démarche.

- Seuls 8 % des Français comparent les hôpitaux avant d'en choisir un (46). Ce fait n'est expliqué qu'en partie par le manque de confiance des citoyens dans les publications (47, 48).
- Face à une situation stressante telle que la pathologie, les individus ont besoin d'être rassurés dans leurs choix par des personnes qui ont été dans la même situation clinique ou par des personnes de confiance (médecin traitant, famille, amis, etc.).
- Le public ne connait pas forcément l'existence d'une différence de qualité entre les établissements et peut avoir des idées préconçues par rapport à la qualité des services de certains établissements. Selon une étude réalisée en France (46), seuls 54% des répondants estiment que la qualité des soins varie selon les hôpitaux.
- Le public connait peu l'existence des indicateurs, et s'il en a connaissance, y trouve difficilement les réponses attendues. Cette information reste trop souvent difficile à comprendre, et donc à utiliser, notamment en fonction du niveau socio-culturel (43,49).
- Il n'a pas les mêmes attentes de la qualité des soins que celles des professionnels de santé (1).
- Face à une décision complexe, l'individu a généralement tendance à ne pas être rationnel et à se fier plutôt à son intuition pour guider ses choix. D'où l'importance de la présentation des informations (50).
- Les thèmes importants pour le public français sont la sécurité des soins et l'hygiène, la prise en compte de la volonté du patient et de ses besoins spécifiques, la prise en charge de la douleur et le respect des droits du patient (51).
- Les facteurs les plus importants dans le choix d'un établissement de santé sont (46) :
  - l'existence de la spécialité souhaitée au sein de l'établissement ;
  - la recommandation de l'établissement par un médecin ou un référent ;
  - la disponibilité (dans les délais voulus) des services spécialisés et des équipements ;
  - la réputation de l'établissement ;
  - la proximité de l'établissement par rapport au domicile du patient.
- Les informations relatives aux tarifs et aux remboursements des actes et des consultations médicales sont importantes pour le public. Outre les problématiques de fiabilité et d'exactitude des données, des éléments comparatifs sur les tarifs ne peuvent être interprétés aisément que si la nature et la qualité de la prise en charge sont équivalentes.

Un juste compromis

In fine, en termes de communication, **le défi de la diffusion publique** de résultats d'indicateurs de qualité est de concilier la diffusion d'informations qui intéressent immédiatement le public avec la diffusion d'informations qu'il ne consulterait probablement pas de lui-même, mais qui sont nécessaires pour l'aider dans sa décision. Ce dernier point nécessite de sensibiliser le public à l'importance de certains facteurs pour la qualité des soins, et de montrer l'existence d'une différence de qualité entre les établissements de santé, en utilisant à la fois des indicateurs cliniques et des indicateurs d'« expérience ou de satisfaction patient ».

3.2 Limiter la quantité d'informations communiquées et hiérarchiser leur présentation

La recherche dans le domaine des sciences cognitives confirme une hypothèse évidente mais qui semble ignorée dans les diffusions actuelles d'informations sur la qualité des soins : plus le nombre d'informations requises pour formuler une décision augmente, plus la capacité de l'individu à utiliser ces informations pour effectuer un choix diminue.

Ainsi, communiquer un grand nombre d'informations dans la perspective d'un choix s'avère le plus souvent contre-productif (11,52), d'autant plus que le public doit prendre en compte des critères de qualité importants mais qui peuvent fournir des résultats contradictoires.

Quand bien même certaines diffusions permettent à l'utilisateur de choisir lui-même la pondération entre ces différents facteurs, ce dernier peine à le faire (53).

Quelques préconisations (2,4,54,55)

- Le regroupement des indicateurs par thèmes (ex : pathologie, dimension de la qualité des soins, acte…) formulés de façon simple et accessible peut permettre à l'utilisateur d'identifier plus clairement le thème et l'importance des indicateurs.
- La présentation des indicateurs sur une seule page pour permettre à l'utilisateur une vue générale des informations. La liste d'indicateurs présentés ne devrait pas en général dépasser une vingtaine.
- La hiérarchisation des informations du général au particulier pour permettre à l'utilisateur de garder une vision synthétique du contenu tout en étant en mesure d'accéder selon son besoin à des informations complémentaires plus détaillées (par exemple la définition de l'indicateur, la source des données, la date de dernière mise à jour...).
- Un module d'aide à la lecture et à l'utilisation de l'information dans le support (vidéo, animation, démonstration, etc.)

Exemples

Exemple 1 : Dans cet exemple, inspiré du site anglais Dr. Foster, les indicateurs sont regroupés et présentés par grand thème (ex :améliorer la qualité de vie des personnes avec des maladies chroniques, aider les personnes à récupérer des épisodes de maladie ou de blessures/traumatisme, etc). Il s'agit du premier niveau d'affichage.

En cliquant sur la thématique qui l'intéresse, l'utilisateur peut découvrir les indicateurs qui la sous-tendent et la performance de l'établissement pour chacun des indicateurs (deuxième niveau d'affichage), sous forme d'un symbole intuitif. Puis, s'il le souhaite, l'utilisateur peut consulter le résultat détaillé des indicateurs qui l'intéressent, avec une comparaison à la moyenne nationale (troisième niveau d'affichage). Ainsi, cette organisation de l'information en plusieurs niveaux de lecture facilite l'acquisition de l'information en permettant au lecteur d'aller rapidement vers l'élément qui l'intéresse tout en maintenant une vision globale de l'ensemble des informations.

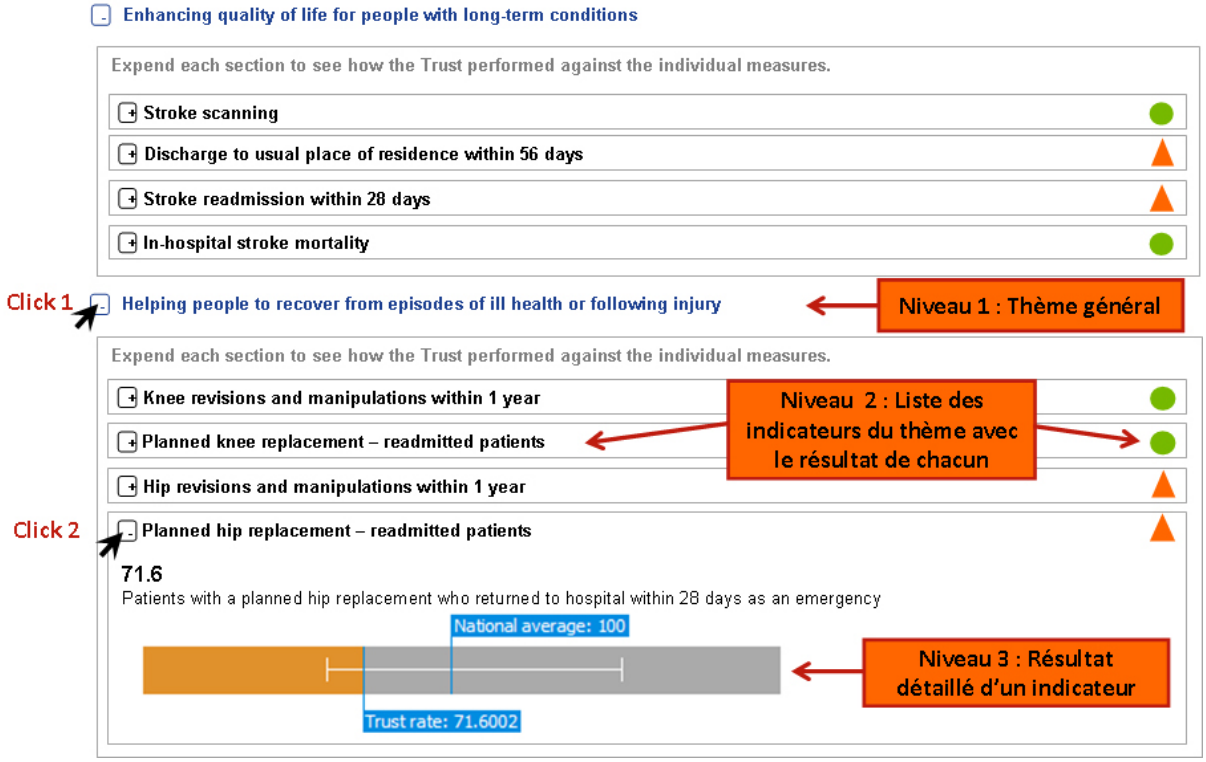


Figure 3
Exemple de présentation multi-niveaux des indicateurs
(Exemple créé d'après le site du Dr. Foster- Grande Bretagne)

Exemple 2 : Cette même idée est illustrée dans l'exemple suivant (exemple factice) où la présentation de l'information est synthétique, mais donne la possibilité à l'utilisateur de consulter l'information plus détaillée en cliquant sur les rubriques « pour en savoir plus ».

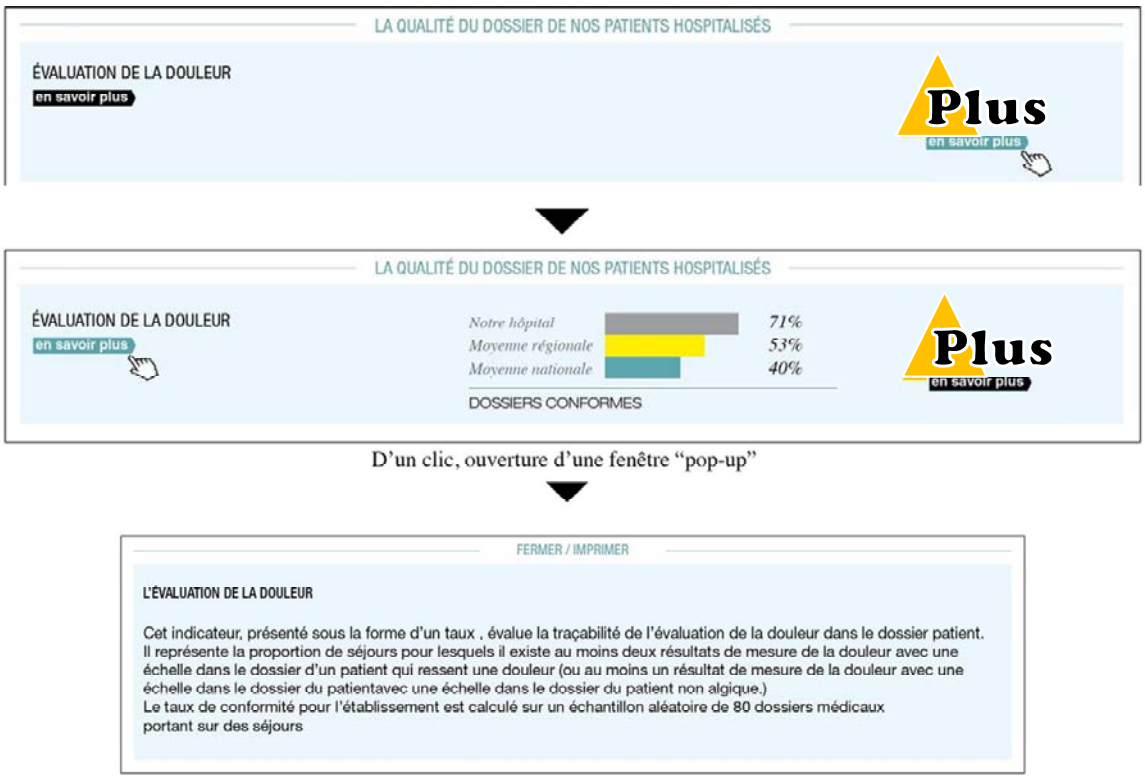


Figure 4
Autre exemple d'une page web montrant un affichage multi niveaux du résultat de l'indicateur de l'Évaluation de la Douleur pour un établissement

Exemple 3 : L'exemple suivant illustre la présentation à plusieurs niveaux de l'information, mais cette fois sur un support physique (brochure). L'utilisation d'un code couleur et de tailles de police différentes permet de différencier les indicateurs et les messages-clés et rend la lecture de cette brochure plus simple.

Figure 5

Exemple d'une brochure utilisant une présentation multi-niveaux pour les résultats des indicateurs IPAQSS (CLCC, Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer 2011)

3.3 Résumer, surligner, simplifier, interpréter les résultats : quelques préconisations

Utiliser une présentation « visuelle » de l'information

Les représentations visuelles constituent un support précieux de la communication. Elles permettent d'effectuer aisément des comparaisons, de situer un élément parmi d'autres, d'analyser des relations, etc. Elles peuvent ainsi, sous certaines conditions, faciliter l'acquisition et le traitement des informations en vue d'un choix.

Parmi ces conditions, l'une des plus importantes est le degré de familiarisation des utilisateurs avec les représentations utilisées. Il est donc toujours préférable, dans la mesure du possible, d'utiliser des pictogrammes, des symboles et des conventions dont l'usage s'est déjà répandu. Les composantes culturelles ou socioculturelles sont dans cette perspective très importantes à considérer.

Quelques préconisations (50,56,57)

- Toujours opter pour la représentation la plus économique et la plus simple ; la compréhension et la communication obéissent spontanément à la loi du moindre effort.
- Choisir des symboles répandus et facilement compréhensibles au sein de la population.
- La combinaison d'un symbole avec un mot et une couleur, peut rendre encore plus facile son interprétation.
- Utiliser la gradation ou le contraste des couleurs pour représenter une différence des résultats.
- Utiliser de préférence des symboles uniques différents en nombre (1 à 3 étoiles, par exemple) plutôt que des symboles différents par classes (+, =, -).
- Utiliser le même symbole choisi (étoiles, chiffres ou classes) pour toute la présentation.
- Utiliser de préférence les graphiques simples (type barres simples, histogrammes) plutôt que les graphiques plus complexes (type radar, bulles ou barres empilées).
- Quand il s'agit de comparer des établissements, utiliser des éléments cartographiques pour faciliter la localisation des établissements.
- Fournir dans tous les cas une légende donnant l'interprétation des symboles.

Exemples

Exemple 4 : L'exemple suivant est une visualisation des résultats d'un rapport de la Joint Commission qui présente un comparatif des hôpitaux pour chacun des états américains, à partir de 30 indicateurs de qualité des soins. Chacun de ces 30 indicateurs est représenté par un carré dont la couleur varie du rouge au vert selon le degré de performance de l'établissement (lorsque la donnée est non disponible, le carré est gris). L'ensemble des carrés forme un motif coloré représentant la performance globale de l'établissement. Il devient ainsi plus aisé de comparer globalement la performance des hôpitaux et surtout détecter les hôpitaux les moins performants et les plus performants.

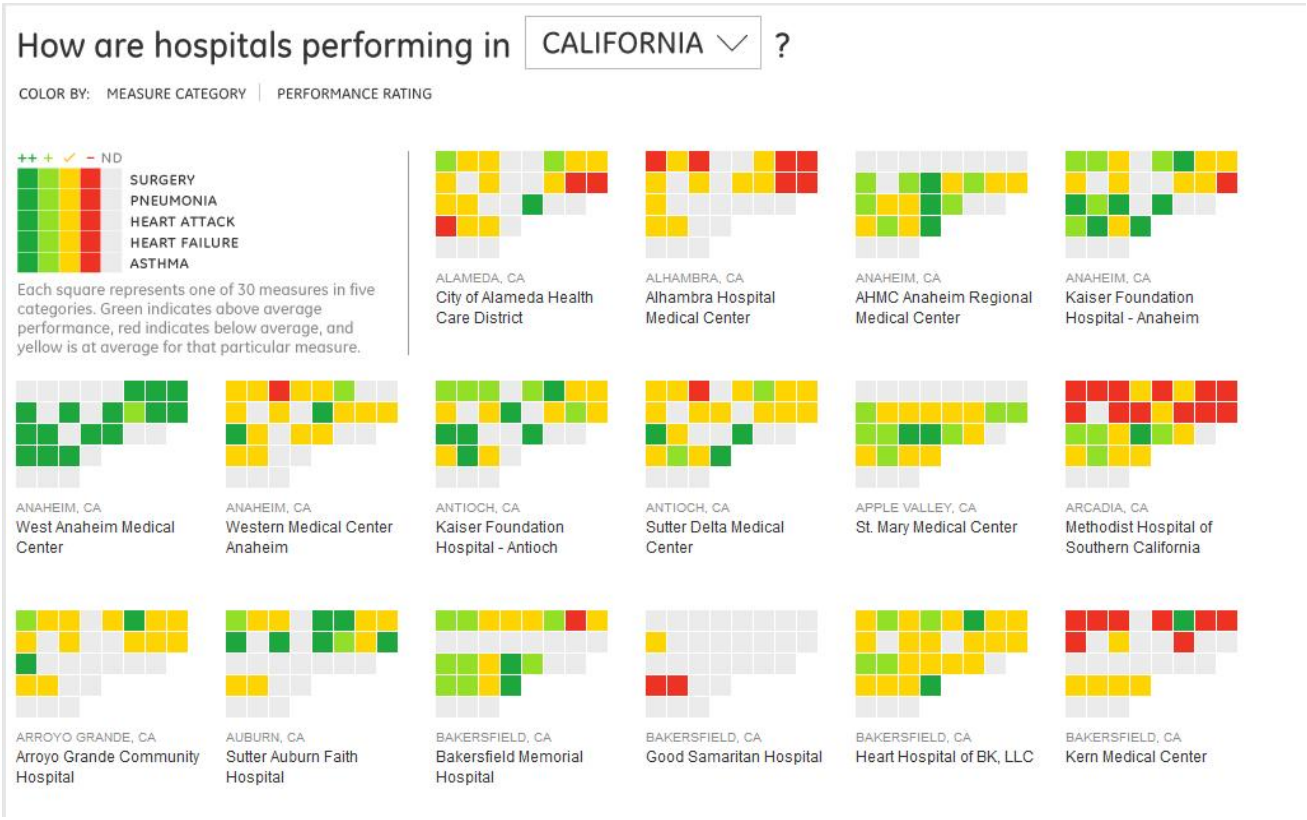


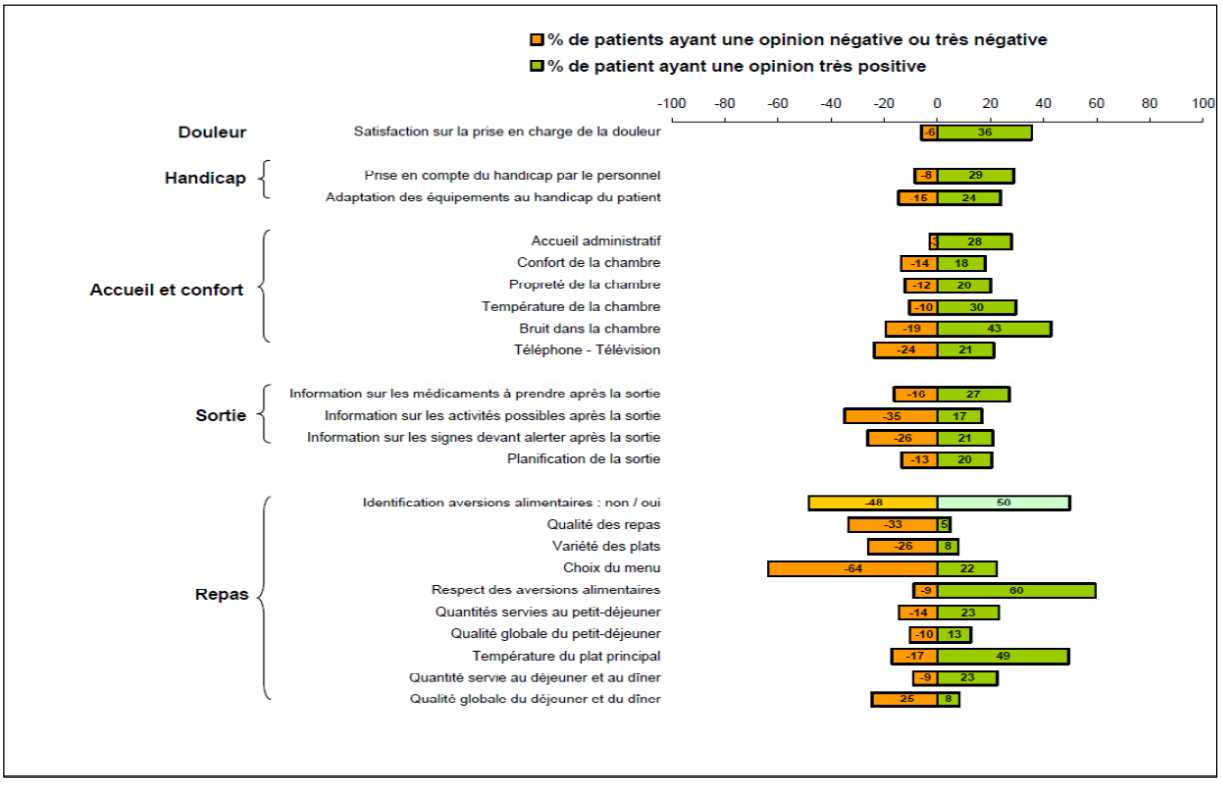
Figure 6
Des hôpitaux de la Californie aux USA sont comparés de manière visuelle par rapport à 30 indicateurs de qualité des soins (D'après les rapports de la Joint Commission 2008, http://visualization.geblogs.com/visualization/hospital_quality)

Exemple 5 : L'exemple suivant est adapté d'après un rapport de l'AHRQ et montre l'utilisation des symboles en association avec des mots afin de faciliter l'interprétation des résultats. En particulier, ce genre de symboles peut servir à situer un résultat par rapport à une moyenne nationale ou un objectif.

Figure 7

Exemple de symboles aidant l'utilisateur à interpréter les résultats (exemple créé d'après l'AHRQ)

Exemple 6 : L'exemple ci-dessous illustre la présentation synthétique des résultats d'une enquête de satisfaction des patients hospitalisés. L'utilisation des codes couleurs et le regroupement des critères par thématiques facilite l'interprétation des résultats.



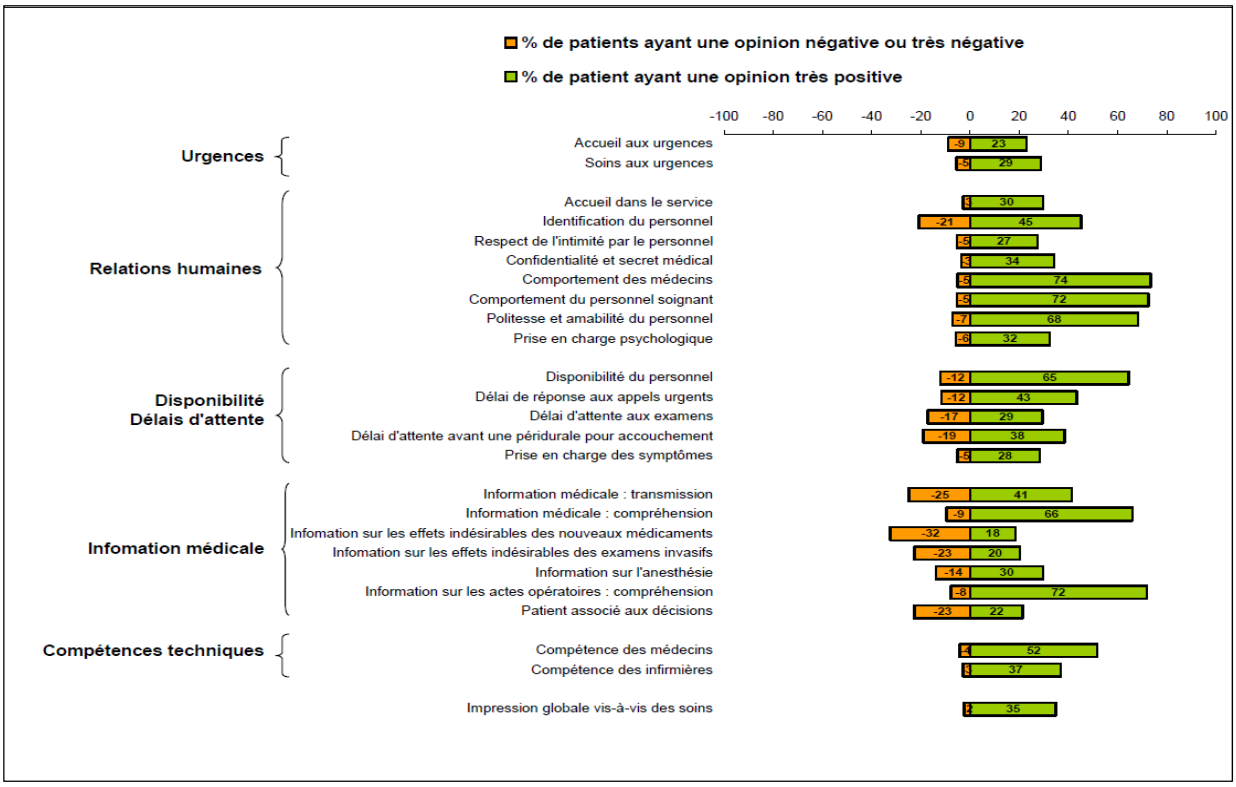


Figure 8
Exemple de présentation des résultats d'une enquête de satisfaction des patients

Exemple 7 : La carte ci-dessous est un exemple d'illustration de données géographiques en relation avec la qualité des soins. Il s'agit de montrer, région par région, le pourcentage d'établissements ayant atteint l'objectif (en vert) fixé pour l'indicateur « prise en charge médicamenteuse de l'IDM après la phase aigüe », celui qui ne l'a pas atteint (en jaune) et finalement (en rouge) le pourcentage des établissements n'ayant pas répondu à leur obligation de recueil. Dans ce genre de présentation, tant l'identification géographique des résultats que leur lecture est rendue plus facile.

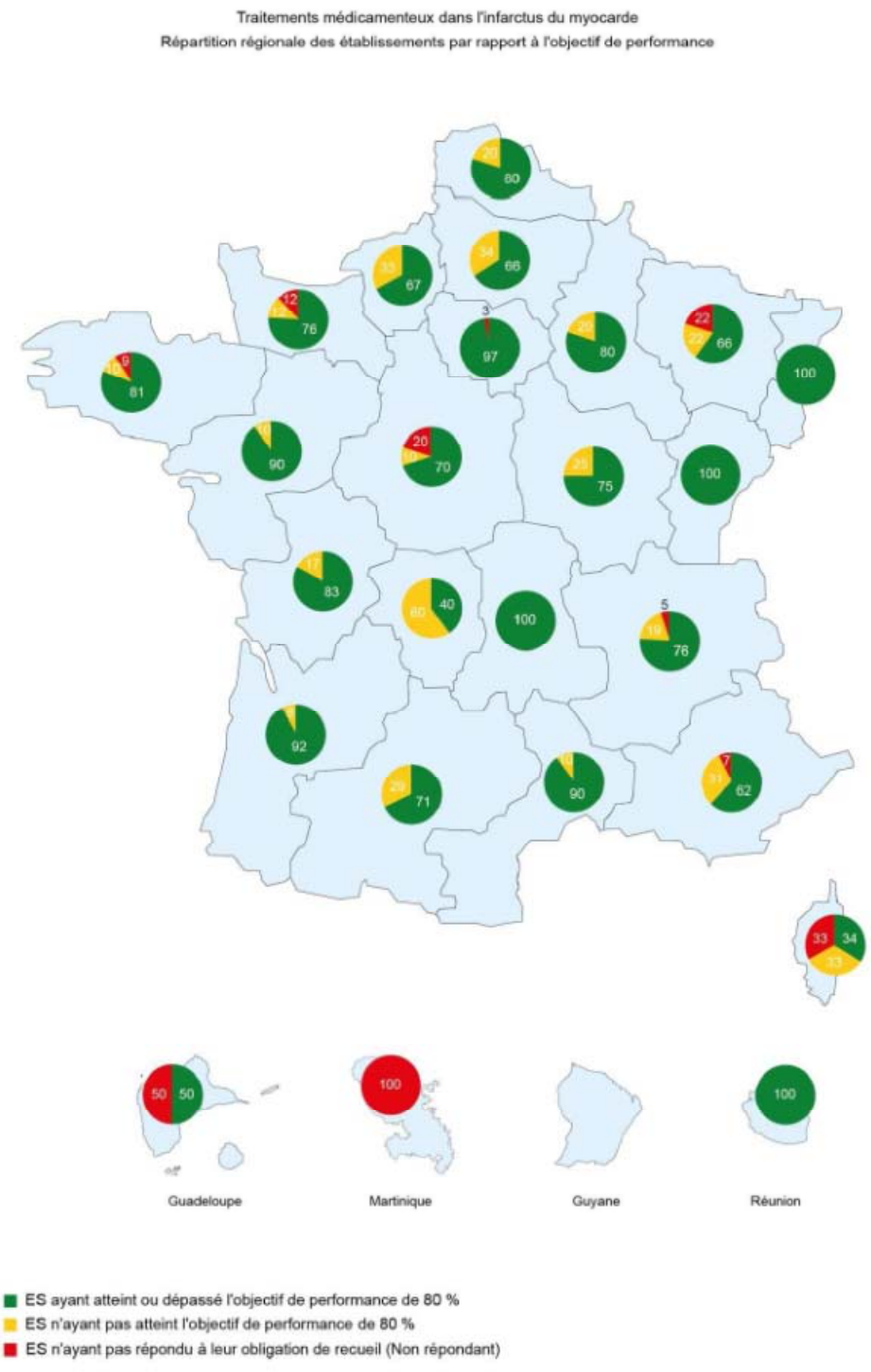


Figure 9
Exemple de présentation sur une carte géographique des résultats régionaux
d'un indicateur de pratique clinique
(HAS, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/ipaqss_rapport_idm-vf.pdf)

Simplifier la présentation des données numériques

L'utilisation de chiffres dans un tableau est généralement considérée par le grand public comme plus difficile à comprendre. Leur couplage à un classement par classes, à des illustrations graphiques ou à des symboles permet d'améliorer leur compréhension. (50)

Les intervalles de confiance sont des informations complexes, souvent mal comprises par le public, et leur présentation a tendance à faire douter le public de la fiabilité des données (notion d'incertitude). Elles ne doivent pas être affichées au premier niveau de présentation des informations. Néanmoins, la consultation de ces informations doit être rendue possible pour les utilisateurs souhaitant avoir plus de détails sur l'information présentée (par exemple, au niveau d'un onglet ou d'une page « détails du résultat »).

Quelques préconisations

- Eviter de présenter des nombres avec décimales.
- Présenter les résultats dans le même sens pour tous les indicateurs.
- Les valeurs doivent si possible rester les mêmes tout au long de la présentation, et il est préférable d'utiliser le même dénominateur (si possible « sur 10 » ou « sur 100 »).
- Ne pas afficher des intervalles de confiance au premier niveau de lecture

Exemples

Exemple 8 : Dans l'exemple suivant, la lecture et l'analyse des données est entre autre facilitée par l'ordre choisi (décroissant) et par la représentation symbolique des pays par leur drapeau.

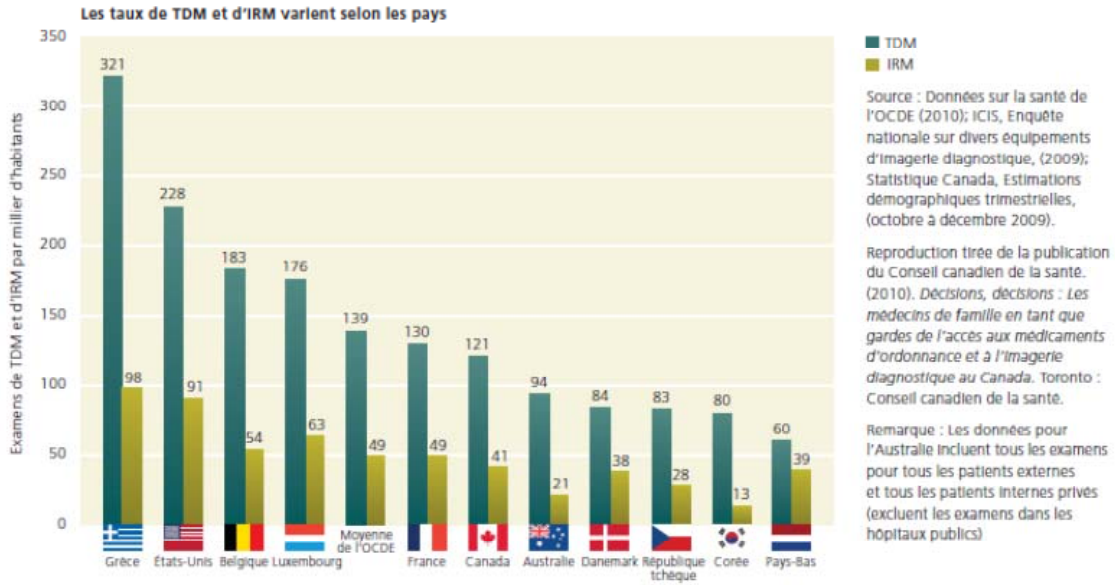


Figure 10
Présentation graphique d'une comparaison des résultats d'un indicateur entre plusieurs pays
(Extrait du guide du citoyen sur les indicateurs de la santé 2011, Conseil Canadien de la Santé, http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.10-HCC_Indicators_FR_Final.pdf)

Exemple 9 : La figure ci-dessous est une façon d'illustrer la notion d' « intervalle de confiance ». D'abord, le terme « fourchette », moins scientifique mais plus familier au grand public, est utilisé, centré sur la valeur moyenne. La taille de la police ainsi que la couleur choisies pour l'intervalle de confiance font que la lecture de cette information passe en deuxième niveau après le résultat moyen de l'indicateur. Enfin une possibilité de consulter la définition exacte de l'intervalle de confiance est donnée à l'utilisateur par un simple click sur le bouton « en savoir plus ».

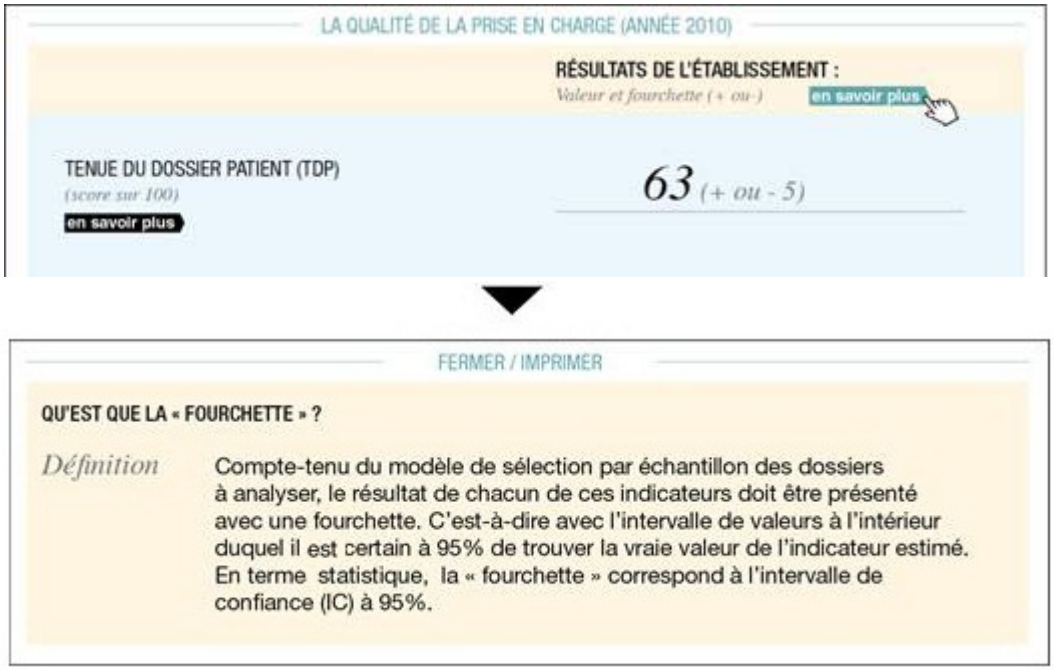


Figure 11
Exemple de présentation d'un indicateur où l'intervalle de confiance n'apparaît qu'en deuxième niveau lorsque l'utilisateur clique sur "en savoir plus" (exemple créé)

3.4 Améliorer la présentation des comparaisons d'établissements

Les classements d'établissements

Le nombre d'exemplaires vendus de revues proposant des classements d'établissements de santé témoigne de la demande importante d'informations sur ce sujet. Cependant, même dans l'hypothèse où la méthodologie d'un classement est satisfaisante, la présentation de ces résultats reste un facteur important qui influence la compréhension et par conséquent le jugement du lecteur.

Ainsi, voici quelques éléments à prendre en compte pour la présentation des résultats :

- Le choix de la méthode de classement (par rang, par classe) et la pertinence des seuils utilisés pour définir les classes.
- La prise en compte ou non de la notion d'emplacement géographique dans le classement des résultats.
- L'affichage ou non des composantes du résultat global de l'établissement, qui peut conduire à en pondérer l'interprétation.
- L'interprétation possible de l'absence de certains établissements dans le classement dû à l'indisponibilité de leurs données.

La stratification par catégories d'établissements (Etablissements Publics, Etablissements Privés, ESPIC, etc.) peut être utile pour comparer des structures entre elles, même si pour le grand public cette présentation peut paraître complexe (cf section 1.5).

Quelques préconisations (1,43,50)

- Présenter les établissements de santé par classes plutôt que par rang. Ceci permet d'être plus équitable envers les établissements. En effet, le classement par rang (le plus utilisé par les medias aujourd'hui en France) peut induire souvent des erreurs de jugement puisque des établissements de performance comparable sur le plan statistique peuvent apparaître aux yeux du lecteur comme ayant des performances différentes, uniquement du fait qu'ils ont un rang différent. Toutefois, afin de permettre une meilleure discrimination, le nombre de classes doit être suffisant pour éviter que la plupart des établissements se retrouvent au sein de la classe moyenne et pour que la perception des « meilleurs » soit facilitée.
- Fonder le classement sur des indicateurs ciblés sur la pathologie, l'intervention ou la spécialité que recherche l'utilisateur, si la finalité est d'aider l'utilisateur à s'orienter vers les meilleurs établissements pour un type d'hospitalisation.
- Permettre à l'usager de faire des requêtes personnalisées (par exemple, de restreindre le classement à une zone géographique proche de son lieu de résidence afin de donner plus de sens aux résultats et faciliter son choix).
- Afficher les résultats par groupes d'indicateurs thématiques, afin d'en permettre une analyse plus fine.
- Présenter les données quel que soit le niveau de performance, et expliquer la non-disponibilité des informations pour certains établissements (non-participation, non éligibilité, etc.).

Exemple

Exemple 10 : L'exemple suivant, tiré d'un site web américain de comparaison des hôpitaux de Californie, illustre un classement d'établissements de santé pour une thématique clinique précise, tout en prenant en compte l'éloignement géographique par rapport au domicile de l'utilisateur. Ce site permet aussi la comparaison entre hôpitaux choisis par l'utilisateur, pour une prise en charge donnée (voir figure 13).

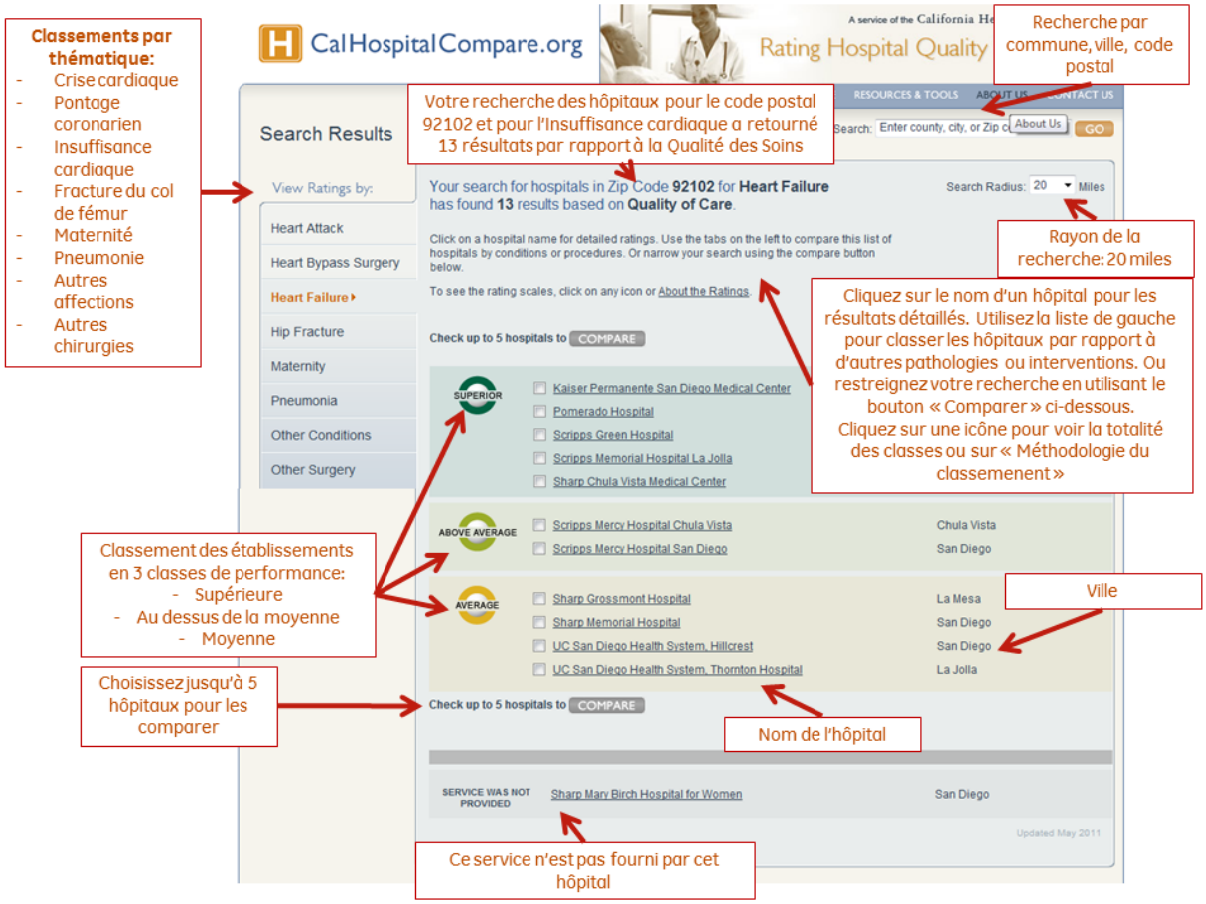


Figure 12
Exemple d'un classement d'hôpitaux par rapport à la thématique de l'insuffisance cardiaque et par code postal (www.calhospitalcompare.org)

La comparaison d'un ou plusieurs établissements à une référence

Plusieurs types de seuils existent pour effectuer une comparaison des résultats d'un ou de plusieurs établissements:

- la moyenne ou la médiane nationale ou régionale (29), la médiane étant souvent préférable si les données ne sont pas symétriquement distribuées.
- un seuil de performance (benchmark), comme le 90ème percentile (39,58) ou fixé avec des professionnels (59).

Dans tous les cas, et par souci de clarté et de lisibilité, il n'est pas conseillé d'utiliser plus d'une référence.

La possibilité de l'utilisateur de comparer des établissements de son choix est intéressante pour ce dernier, et peut l'aider en vue d'un choix d'hospitalisation. Les résultats de la comparaison devraient aussi être affichés au niveau le plus fin possible, en utilisant un affichage par classe de performance et non pas par rang.

Exemple

Exemple 11 : L'exemple de la figure 13 illustre bien ces exigences. Il s'agit d'une comparaison d'hôpitaux Californiens par rapport à la thématique de l'insuffisance cardiaque (voir aussi l'exemple de la figure 12). Les résultats sont alors affichés pour chacun des indicateurs de la thématique (Sécurité Patient, Taux de mortalité à l'Unité de Soins Intensifs, Réadmissions potentiellement évitables, Qualité globale des soins, etc.). Pour chacun de ces indicateurs, les quatre hôpitaux choisis pour la comparaison sont affichés avec leur classe de performance et le résultat de l'indicateur.

Figure 13
Exemple d'une comparaison de 5 hôpitaux d'une même zone géographique par rapport à la thématique de l'insuffisance cardiaque (www.calhospitalcompare.org)

Exemple 12 : Certains sites, comme celui présenté à la figure 14, permettent à l'utilisateur de choisir en même temps les établissements à comparer (par nom, état ou région), le référentiel (type d'établissement), le type de seuil de comparaison (moyenne, quartile, etc.) et le thème de la comparaison (qualité globale, sécurité patient, indicateurs thématiques,…)

Figure 14
Exemple d'un site américain permettant de choisir la méthode de comparaison (whynotthebest.org)

3.5 Faire preuve de transparence

Dans un souci de transparence, l'organisme responsable de la diffusion doit être mentionné ainsi que la nature de ses liens avec les entités évaluées.

La transparence dans la production de l'information rendue publique et la garantie du recours à une structure indépendante constituent les meilleurs gages de crédibilité auprès du grand public. Ceci concerne aussi bien l'étape d'élaboration des indicateurs que l'étape de recueil des données nécessaires à la mesure (contrôle des données mentionné et réalisé par exemple par un organisme indépendant), ou celle du traitement des données. L'implication de représentants d'usagers est également un moyen d'augmenter cette indépendance.

Différentes démarches peuvent également améliorer cette crédibilité : possibilité de consulter la méthodologie détaillée, téléchargement possible de l'ensemble de la base de données (42,60), possibilité de contacter les responsables de la diffusion, définition claire des modèles statistiques utilisés lorsqu'il s'agit d'indicateurs de résultats.

Le public veut également s'assurer que les résultats diffusés sont équitables envers les établissements concernés.

Si l'objectif est d'aider le public à choisir un établissement, la diffusion à un niveau local ou régional semble être aussi une attente du public. De même, les établissements concernés mais ne participant pas au recueil doivent être cités, et distingués de ceux pour lesquels les résultats ne sont pas présentés en raison d'un nombre insuffisant de cas.

3.6 Tenir compte du support utilisé

Deux grands types de supports sont en général utilisés pour présenter des résultats d'indicateurs de qualité des soins : l'édition papier (type brochure ou rapport) et l'édition électronique *via* les sites Internet. Il est souvent nécessaire de combiner les deux pour atteindre l'ensemble des cibles potentielles.

Quel que soit le support, tout se joue dès la première page

L'utilisateur qui découvre un site ou un document papier décide en quelques secondes s'il va, ou non, poursuivre sa visite ou sa lecture. Pour cette raison, la page d'accueil du site ou la première page d'un document papier, outre son attractivité visuelle, doit clairement communiquer certains messages. Il s'agit notamment de présenter :

- à travers le nom du site ou le titre du document papier, la finalité de la démarche présentée ;
- les raisons conduisant à la publication de données permettant de comparer les établissements ;
- les motifs pouvant conduire le public à consulter ces informations ;
- un résumé rapide des informations diffusées.

La diffusion par Internet

Internet a pris une importance grandissante, notamment parce qu'il permet de toucher un large public. Ces dernières années témoignent aussi de l'importance grandissante des réseaux sociaux comme moyen de diffusion d'information.

Aux États-Unis, par exemple, 18 des 25 États ayant un programme de diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins disposent d'un site Internet. Les avantages du web par rapport aux supports imprimés sont nombreux : facilité de hiérarchisation et de mise à jour des contenus, flexibilité selon les attentes des usagers, possibilité de recherches multiples (géographique, par pathologie,…), accès « ludique » à l'information recherchée. De plus, le web permet d'offrir un bon compromis entre une information concise, et la possibilité d'accéder facilement à des explications plus complètes ou à des avertissements.

Quelques règles d'ergonomie sur le web

Pour assurer son succès, un site doit d'abord séduire l'internaute, puis retenir son attention, avant de le rediriger éventuellement vers d'autres sources d'informations. Le respect de quelques règles permet d'y parvenir :

- Soigner le **référencement** du site.
- Pour être visité, le site doit d'abord être facilement trouvé par les moteurs de recherche. Il doit donc être clairement référencé, avec une adresse URL accessible par les principaux mots clés qu'utiliseront les internautes.
- Exploiter la **flexibilité** du média web afin de proposer plusieurs modes d'accès aux informations qui aideront l'usager dans sa prise de décision : accès par région ou code postal, par établissement, par pôle d'activité, par spécialité, par type d'intervention…
- **Organiser l'information** et soigner le design graphique, en privilégiant la sobriété en termes de signes et de couleurs.
- Assurer **l'accessibilité de l'information recherchée** (par exemple grâce à une barre d'onglets permettant d'accéder en permanence aux principales rubriques depuis n'importe quelle page), ou par l'intégration d'un moteur de recherche et/ou d'indexation.
- Faciliter la **compréhension de l'information présentée**, par exemple en utilisant des symboles et des noms de rubriques et sous-rubriques immédiatement compréhensibles.
- Faire en sorte que l'on accède rapidement aux informations recherchées, en **3 clics maximum.**
- Optimiser le site pour qu'il soit accessible au plus grand nombre (normes W3C).
- Offrir des fonctionnalités attractives et innovantes.

Points d'attention

- Certains utilisateurs ont des difficultés à consulter les informations qui nécessitent de naviguer entre plusieurs onglets : il convient donc d'éviter la multiplication abusive des onglets (au maximum 5).
- Eviter les pages trop longues, qui nécessitent un défilement fastidieux : dans la mesure du possible, faire tenir l'ensemble des informations sur une même page.
- Pour aider l'usager dans sa décision, présenter toutes les informations comparatives sur une même page.

La diffusion par document papier

Qu'il soit imprimé ou reprographié, le document papier (affiches, plaquettes, dépliants, hebdomadaire, rapport) reste l'un des supports les plus pratiques, puisqu'il peut être physiquement diffusé dans les lieux de soins fréquentés par les patients, les familles et les professionnels de santé.

Règles de base pour l'édition papier

À l'instar d'un site internet, une brochure ou tout autre document imprimé à l'intention du public doit obéir à certaines règles de base pour atteindre ses objectifs d'information :

- **un format et un nombre de pages adaptés** à la « quantité » d'informations à communiquer ;
- **un graphisme clair et attractif** (limitation du nombre de couleurs ; choix d'une typographie basique, sans fioritures ; utilisation possible de photos illustratives en lien avec les indicateurs traités) ;
- **des présentations synthétiques** des résultats d'indicateurs (type tableaux de bord) ;
- **une mise en page aérée**, pour une meilleure lisibilité ;
- **une information hiérarchisée :** titres, chapeaux introductifs, tableaux, encadrés explicatifs sur des points particuliers (par exemple, explication des indicateurs et conditions d'utilisation) ;
- **une présentation détaillée des résultats par thème,** avec leur interprétation et les plans d'action associés ;
- **un positionnement des résultats** par rapport à des cibles ou des moyennes ;
- **une interprétation des résultats.**

Tester le support pendant la phase de développement

Malgré les efforts fournis pour élaborer un support proche des attentes et des préférences du public, le test auprès des utilisateurs finaux révèle toujours des pistes d'améliorations possibles. Un questionnaire sur la pertinence, la lisibilité et l'utilité de la diffusion avec des tests réels et des exercices, destiné à un échantillon d'utilisateurs finaux permet, à partir de l'analyse des retours de ces derniers, d'évaluer avec objectivité le support et de le faire évoluer avant sa diffusion.

Quelques préconisations

- Identifier les principaux publics lecteurs du document.
- Effectuer des entretiens individuels avec des représentants des publics « ciblés ».
- Analyser l'accessibilité, la première impression, la découverte et l'appropriation de la diffusion.

3.7 Adapter la stratégie de communication à la cible visée

Adapter la communication aux différents publics

Malgré l'augmentation de la "quantité" d'informations délivrées ces dernières années sur la thématique de la qualité des soins (8), il a été montré que des stratégies de diffusion non ciblées ne permettent pas de satisfaire tous les besoins d'information compte tenu des capacités de compréhension de chacun.

En particulier, certaines études (49) montrent les limites d'Internet comme principal média de diffusion des informations sur la qualité des soins. Certains groupes démographiques, notamment les populations défavorisées et qui ont souvent le plus besoin d'être éclairées dans leurs choix, n'auraient pas accès à Internet ou les compétences nécessaires pour y rechercher l'information voulue.

De ce fait, il conviendrait d'utiliser d'autres voies de diffusion (télévision, support téléphonique, brochures ou autres) pour pouvoir atteindre l'ensemble du public.

Élargir la cible de la diffusion

La seule diffusion de l'information ne suffit pas pour bien sensibiliser le public à la qualité des soins. Une approche qui encouragerait les personnes à s'approprier les concepts de la qualité des soins se révèle en général plus efficace (49).

La communication de résultats de mesures de la qualité des soins est l'aboutissement d'une longue démarche dont l'objectif final est de permettre au citoyen de distinguer les établissements de santé sur des critères liés à la qualité des soins et de l'aider dans un choix d'établissement. Mais les prérequis pour atteindre cet objectif sont multiples : il faut d'abord que le citoyen soit familier avec la nature de la prise en charge hospitalière, puis avec le concept de qualité et de sécurité des soins, et enfin, avec la mesure de la qualité des soins.

Aujourd'hui, le pourcentage de citoyens français qui utilisent les informations comparatives sur les hôpitaux est encore faible, de l'ordre de 8%. (46)

Si le diffuseur a pour objectif de maximiser l'impact de ses publications, il gagnerait à travailler sur l'élargissement de son public cible à travers un travail de sensibilisation et de formation à la qualité des soins et sa mesure.

Le tableau ci-dessous présente quelques idées d'actions de communication qui pourraient être envisagées en fonction des ressources et du type de diffuseur.

Quelques idées d'action de communication sur la qualité des soins

Actions de sensibilisation

Public non sensibilisé à la nature de la prise en charge hospitalière

- Elaboration d'un site d'information générale sur les pathologies et les procédures médicales et chirurgicales les plus communes
- Visite physique ou virtuelle d'un site hospitalier de proximité destinée à des groupes de lycéens et montrant le processus de prise en charge du patient
- Présentation du concept de qualité des soins et de quelques sites de comparateurs d'hôpitaux dans le cadre de conférences ou de cours au lycée ou à l'université
- Partenariat avec certaines émissions télévisées pour évoquer la thématique de la qualité des soins

Actions de formation

Public sensibilisé ou ayant eu au moins une expérience hospitalière

- Distribution de brochures expliquant la qualité des soins et sa mesure au niveau des cabinets médicaux, des salles d'attente dans les hôpitaux, etc.
- Développement des relations avec la presse et les sites de santé les plus consultés
- Présentations vidéo expliquant la qualité des soins et sa mesure sur les sites de diffusion et les comparateurs, avec incitation forte des visiteurs à voir les vidéos
- Installation d'écrans dans les salles d'attente des établissements de soins et diffusion de présentations sur la mesure de la qualité des soins

Actions aidant le citoyen à s'orienter dans le système de santé

Public devant effectuer un choix de parcours dans le système de soins

- Distribution de brochures décrivant l'offre de soins territoriale avec les différentes spécialités existantes, une adresse web pour consulter les indicateurs qualité et un numéro d'une plateforme téléphonique informative
- Développement d'applications de comparaisons entre hôpitaux pour les appareils téléphoniques intelligents ou les tablettes numériques
- Supports téléphoniques locaux (niveau départemental ou infra-départemental)

3.8 Évaluer l'impact qualitatif et quantitatif de votre communication

Les programmes de diffusion publique d'indicateurs de qualité des soins devraient comprendre un volet d'évaluation de l'impact de la diffusion. (2,4,61,62)

La mesure d'impact devrait comprendre au minimum une mesure de la dissémination (connaissance du programme de diffusion publique) et une mesure de la compréhension et de l'utilisation par le public.(58)

Quelques moyens pour évaluer l'impact de la diffusion par grand type de support	
Site Web	Analyser régulièrement la fréquentation de votre site : • **Compteurs de visites** de pages vues jour par jour • **Provenance des visiteurs** : moteurs de recherche, sites référents... • **Mots-clés** utilisés pour trouver votre site sur les **moteurs de recherche** • **Temps passé** sur votre site et sur chaque page • **Pages les plus lues** et pages consultées le plus longtemps • **Origines géographiques** des visiteurs Proposer une enquête facultative pour les visiteurs du site
Brochure	L'évaluation peut porter sur : • L'audience du document : la brochure a-t-elle intéressé le public ciblé ? A-t-elle répondu à ses attentes ? • La connaissance par le public de l'existence et/ou du contenu de la brochure : la couverture médiatique a-t-elle été suffisante ? Les relais de diffusion ont-ils été efficaces ? • L'atteinte de l'objectif de départ : perception par les patients ou le public du ou des messages clés, acquisition des connaissances minimales attendues, participation active de la personne à une prise de décision concernant sa santé. • Les conditions d'utilisation de la brochure, l'aspect pratique et utile du document : identification des différentes utilisations possibles. • La satisfaction globale des utilisateurs : public et professionnels de santé.

Annexes

Annexe 1
Principales définitions de la qualité des soins

- L'OMS définit la qualité des soins comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques… lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains… ».
- La définition la plus largement reconnue et utilisée vient de l'Institut de médecine des Etats-Unis (IOM) qui définit la qualité comme étant « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Cette définition est largement acceptée par la communauté internationale, en vertu de sa flexibilité et de son adaptabilité à des contextes différents.
- La JCAHO définit les soins de qualité comme étant :
  - Efficaces et conformes aux normes scientifiques admises par les plus hautes autorités en la matière
  - Appropriés, sachant que des soins efficaces peuvent ne pas être appropriés dans certains cas
  - Sécurisés, comportant le minimum de risque
  - Les moins coûteux à qualité égale
  - Accessibles et acceptables par les patients.
- Une définition simple de la qualité a été proposée par l'AHRQ, à partir des travaux d'Hibbard.
  - Soins dont on a apporté la preuve qu'ils fonctionnaient.
  - Soins qui répondent aux besoins et aux préférences des patients.
  - Soins qui protègent les patients d'erreurs et de dommages.

Annexe 2
Indicateurs généralisés obligatoires[7] et optionnels au 1er Juin 2012

Thématique : Suivi et contrôle des infections nosocomiales				
Indicateur	**Secteur concerné**	**Entité responsable de la généralisation**	**Indicateur généralisé ?**	**Obligatoire ?**
ICALIN-2 **:** indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2	MCO	DGOS	Oui	Oui
ICSHA-2 : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2	MCO	DGOS	Oui	Oui
ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes	MCO	DGOS	Oui	Oui
ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire	MCO	DGOS	Oui	Oui
ICATB : indicateur composite de bon usage des antibiotiques	MCO	DGOS	Oui	Oui
SCORE AGREGE **:** Un score agrégé, élaboré à partir des résultats de chacun des indicateurs ci-dessus	MCO	DGOS	Oui	Oui
Indice SARM : taux triennal de Staphylococcus aureus résistant à la méticilline et tendance annuelle	MCO	DGOS	Oui	Oui

[7] Pour la liste et les résultats annuels des indicateurs généralisés : www.sante.gouv.fr/les-resultats-des-indicateurs-de-qualite-des-soins.html

Thématique : Indicateurs de pratiques cliniques				
Indicateur	**Secteur concerné**	**Entité responsable de la généralisation**	**Indicateur généralisé ?**	**Obligatoire ?**
Thème de la prise en charge médicamenteuse de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë • Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel, • Prescription appropriée de bêta-bloquant, • Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche, • Prescription appropriée d'Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou d'Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II (ARA 2), • Prescription appropriée de statine, • Suivi du bilan lipidique à distance, • Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques, • Statut du patient vis-à-vis du tabac tracé, • Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac	MCO	HAS	Oui	Oui[8]
Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral	MCO	HAS	Oui	Oui
Prévention et prise en charge initiale des hémorragies du post-partum	MCO	HAS	Oui	Oui
Qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques	MCO	HAS	En cours	

[8] Indicateurs de prescription et Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques

Thématique : Indicateurs organisationnels				
Indicateur	**Secteur concerné**	**Entité responsable de la généralisation**	**Indicateur généralisé ?**	**Obligatoire ?**
Tenue du dossier patient	MCO/SSR/ PSY/HAD	HAS	Oui	Oui
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	MCO/SSR/ PSY/HAD	HAS	Oui	Oui
Traçabilité de l'évaluation de la douleur	MCO/SSR/ HAD	HAS	Oui	Oui
Dépistage des troubles nutritionnels	MCO/SSR/ PSY/HAD	HAS	Oui	Oui
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	MCO/SSR/ HAD	HAS	Oui	Non
Tenue du dossier anesthésique	MCO	HAS	Oui	Oui
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	MCO	HAS	Oui	Oui
Conformité des demandes d'examens d'imagerie	MCO/SSR	HAS	Oui	Non

Thématique : Indicateurs de satisfaction des patients				
Indicateur	**Secteur concerné**	**Entité responsable de la généralisation**	**Indicateur généralisé ?**	**Obligatoire ?**
I-SATIS : Indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés	MCO	DGOS	En cours	

Liste des abréviations

AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DPC : Développement professionnel continu

EPP : Evaluation de la pratique d'un professionnel de santé

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

IDM : Infarctus du myocarde

IRM : Imagerie par résonance magnétique

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation

MCO : Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PSY : Psychiatrie

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

Bibliographie

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Best Practices in Public Reporting No. 1: How To Effectively Present Health Care Performance Data To Consumers. AHRQ; 2010. http://www.ahrq.gov/qual/pubrptguide1.htm

2. Marshall M, Romano P. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? Int J Qual Health Care 2004; 16 Suppl 1:i57-63.

3. Fermon B, Levy P. La diffusion publique de données relatives à l'activité, la performance, les résultats des établissements de santé. Etude bibliographique. HAS; 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1021716/rapport-fermon-levy-la-diffusion-publique-de-donnees-relatives-a-lactivite-la-performance-les-resultats-des-etablissements-de-sante

4. Agency for Healthcare Research and Quality. Best Practices in Public Reporting No. 2: Maximizing Consumer Understanding of Public Comparative Quality Reports: Effective Use of Explanatory Information. AHRQ; 2010. http://www.ahrq.gov/qual/pubrptguide2.htm

5. Robinowitz D, Dudley R. Public reporting of provider performance: can its impact be made greater? Annu Rev Public Health. 2006;27:517-36.

6. Hibbard J. Being strategic with public reports. Int J Qual Healthcare. 2001;13(5):353-5.

7. Werner R, Asch D. The unintended consequences of publicly reporting quality information. JAMA. 2005;293(10):1239-44.

8. Bras P, Gohet P, Lopez A. Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé. IGAS; 2010. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000502/index.shtml

9. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. JAMA 2000;283(14):1866-74.

10. Schilte A, Minvielle E. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. In : Rendre des comptes : une nouvelle exigence sociétale.Paris : Dalloz, pp 64-83

11. Hibbard J, Slovic P, Jewett J. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. Milbank Q 1997;75(3):395-414.

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé: principes généraux. 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf

13. Streiner D, Norman G. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Oxford Medical Publications; 2008.

14. Haute Autorité de Santé. Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé. HAS; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

15. Conseil de l'Europe,. Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine. 1997. http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/enjeux-internationaux/droits-de-l-homme/droits-economiques-sociaux-et/article/convention-sur-les-droits-de-l

16. Shortell S. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Med Care. 1976;14(5):377-91.

17. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Qual Saf health Care. 2002;11(4):358-64.

18. Haute Autorité de Santé. Accident vasculaire cérébral: prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_830203/accident-vasculaire-cerebral-prise-en-charge-precoce-alerte-phase-prehospitaliere-phase-hospitaliere-initiale-indications-de-la-thrombolyse

19. Michel P. Approche métrologique des indicateurs de performance en santé. Bordeaux: Université Victor Segalen Bordeaux; 2001.

20. Grenier-Sennelier C, Corriol C, Daucourt V, Minvielle E, Michel P. Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé: le projet COMPAQH. Rev Epidémiol Santé Publ 2005;53:1S22-30.

21. Michel P, Amouretti M, Juge C, Mathoulin-Pelissier S, Mazou H, Phely-Peyronnaud C et al. Lecture critique des indicateurs de qualité des soins. Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:201-9

22. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? Med Care Rev 1990;47(3):267-326.

23. Walker AH, Restuccia JD. Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: mail versus telephone. Health Serv Res 1984;19(3):291-306.

24. Nashef S, Roques F, Michel P, Gauducheau E, Lemeshow S, Salamon R. European system for cardiac operative risk evaluation (EuroSCORE). Eur J Cardiothorac Surg 1999;16(1):9-13.

25. Organisation for Economic Co-operation and Development. Améliorer la performance des soins de santé: comment mesurer leur qualité. Forum sur la qualité des soins; 2010.

26. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12): 1743-8.

27. Chassin M, Loeb J, Schmaltz S, Wachter R. Accountability measures--using measurement to promote quality improvement. Engl J Med 2010;363(7):683-8.

28. Organisation for Economic Co-operation and Development. Base de données de l'OCDE sur la santé 2011. 2011.

29. Rothberg M, Morsi E, Benjamin E, Pekow P, Lindenauer P. Choosing the best hospital: the limitations of public quality reporting. Health Aff 2008;27(6):1680-7.

30. Baker D, Qaseem A. Evidence-based performance measures: preventing unintended consequences of quality measurement. Ann Intern Med 2011;155(9):638-640.

31. Pines J. Measuring antibiotic timing for pneumonia in the emergency department: another nail in the coffin. Ann Emerg Med. 2007;49:561-3.

32. Rothberg MB, Benjamin EM, Lindenauer PK. Public reporting of hospital quality: recommendations to benefit patients and hospitals. J Hosp Med 2009;4(9):541-5.

33. Davies H. Measuring and reporting the quality of health care: issues and evidence from the international research literature. NHS Scotland; 2006. http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/documents/Davies%20Paper.pdf

34. Wong E, Rupp M, Mermel L, Perl T, Bradley S, Ramsey K, et al. Public disclosure of healthcare-associated infections: the role of the Society for Healthcare Epidemiology of America. Infect Control Hosp Epidemiol 2005;26(2):210-2.

35. Shahian D. Public reporting of cardiac surgery outcomes--what do we know, what can we expect? J Cardiac Surg 2010;25(6):710-2.

36. Schneider E, Epstein A. Use of public performance reports: a survey of patients undergoing cardiac surgery. JAMA 1998;279(20):1638-42.

37. Dimick J, Welch H, Birkmeyer J. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA 2004;292(7):847-51.

38. Organisation for Economic Co-operation and Development. Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide. 2008. http://www.oecd.org/dataoecd/37/42/42495745.pdf

39. Brown D, Aydin C, Donaldson N. Quartile dashboards: translating large data sets into performance improvement priorities. J Healthc Qual 2008;30(6):18-30.

40. Marshall M, McLoughlin V. How do patients use information on health providers? BMJ. 2010;341:c5272.

41. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur: Tenue du dossier patient (TDP). 2008.

42. Daucourt V. Revue des modalités de diffusion publique d'informations sur la qualité des établissements de santé par le biais d'Internet. Compaqh, 2006.

43. Compaqh-Inserm. La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé: Revue de la littérature et des sites internet. DREES. 2009;. http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudes/2009/88/serieetud88.pdf

44. Jewett J, Hibbard J. Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured. Health Care Financing Rev 1996;18(1):75-94.

45. Haute Autorité de la Santé. Synthèse bibliographique pour l'élaboration d'un guide méthodologique sur la diffusion publique des résultats d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/synthese-diffusion-publique-v3.pdf

46. Deloitte. Patients ou consommateurs? Les Français expriment leurs attentes en matière de santé. 2010. http://www.deloitte.com/assets/Dcom-France/Local%20Assets/Documents/Votre%20Secteur/Sant%C3%A9%20et%20sciences%20de%20la%20vie/Plaquette%20Sante%20France.pdf

47. TNS Sofres. Les français et l'hôpital. 2010. http://www.tns-sofres.com/points-de-vue/9985E14D2EF14A5FA89C454A3809045D.aspx

48. Philippot D, Simon B. Les Français et l'hôpital: test des propositions de la conférence de citoyens. GSK-IFOP; 2009. http://www.gsk.fr/avenirdelasante/historique/2009/pdf/Rapport.pdf

49. Ellins J, McIver S. Supporting patients to make informed choices in primary care: what works? Working Paper. University of Birmingham, Health Services Management Centre 2009. http://epapers.bham.ac.uk/747/

50. Dixon A, Boyce T, Fasolo B, Reutskaja E. Choosing a high-quality hospital. The role of nudges, scorecard design and information. The King's Fund; 2010. http://www.kingsfund.org.uk/publications/choosing_a.html

51. PLM Marketing Research. Hiérarchisation des critères de la certification HAS des établissements par le public. 2010.

52. Vaiana M, McGlynn E. What cognitive science tells us about the design of reports for consumers. Med Care Res Rev 2002;59(1):3-35.

53. Hibbard J, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. Annual Rev Public health. 2003;24:413-33.

54. Geraedts M, Schwartze D, Molzahn T. Hospital quality reports in Germany: patient and physician opinion of the reported quality indicators. BMC Health Serv Res. 2007;7:157.

55. Carman KL. Improving quality information in a consumer-driven era: showing the differences is crucial to informed consumer choice. Presentation at the 10th National CAHPS® User Group Meeting, Baltimore, MD, 2006.

56. Meunier J, Peraya D. Introduction aux théories de la communication : analyse sémio-pragmatique de la communication médiatique. 2e éd. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2004.

57. Gerteis M, Gerteis J, Newman D, Koepke C. Testing consumers' comprehension of quality measures using alternative reporting formats. Health Care Financ Rev. 2007;28(3):31-45.

58. Barr J, Boni C, Kochurka K, Nolan P, Petrillo M, Sofaer S, et al. Public reporting of hospital patient satisfaction: the Rhode Island experience. Health Care Financ Rev 2002;23(4):51-70.

59. Minvielle E. Classement des hôpitaux: jusqu'où? Revue hospitalière de France. 2005;(505):34-8.

60. Daucourt V. Étude des sites Internet français délivrant au public des indicateurs de qualité et sécurité des soins. RéQua; 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ipaqss_diaporama_diffusion_publique_indicateurs_internet.pdf

61. Drozda J, Hagan E, Mirro M, Peterson E, Wright J. 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.

62. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, SANESCO. Etude d'impact auprès des établissements de santé de la mise en place du tableau de bord sur les infections nosocomiales. Rapport de fin d'étude. 2009. http://www.sante.gouv.fr/etude-d-impact-aupres-des-etablissements-de-sante-de-la-mise-en-place-du-tableau-de-bord-sur-les-infections-nosocomiales.html

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00