



**CONSTRUCTION ET UTILISATION
DES INDICATEURS
DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ
PRINCIPES GÉNÉRAUX**

Mai 2002

Dans d'autres collections :

Le manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES ; Février 1999

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, ANAES ;
Juillet 2000

Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire,
ANAES ; Juillet 2001

Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, ANAES ; Janvier 2002

Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé,
ANAES ; à paraître en 2002

*Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES, il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous
ou consulter notre site : <http://www.anaes.fr>*

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction pour tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service communication et diffusion

159, rue Nationale – 75640 PARIS Cedex 13 – Tél. : 01 42 16 72 72 – Fax : 01 42 16 73 73

© 2002. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

AVANT-PROPOS

La plupart des missions de l'ANAES font référence, explicitement ou non, à la notion d'**indicateur**.

L'ANAES a donc réalisé ce document pour présenter les **principes généraux** de construction et d'utilisation des indicateurs en santé, tous domaines confondus, à l'intention des professionnels de santé.

Ce document a pour objectif principal de proposer des éléments d'aide à la construction et à l'utilisation d'outils d'évaluation de la **qualité de la prise en charge des patients** par les professionnels et les établissements de santé, en complément des références élaborées par l'Agence.

Par ailleurs, il peut permettre, conformément aux dispositions de l'article R 712-40 du Code de la santé publique, d'en utiliser les principes pour contribuer à la construction et l'utilisation d'outils de mesure de la **satisfaction des besoins sanitaires de la population**.

Il doit permettre :

- de clarifier les différents sens possibles du terme «indicateur» appliqué au secteur de la santé, et de promouvoir un langage partagé ;
- de souligner l'importance de l'étape préliminaire de définition des objectifs pour chaque indicateur en fonction de son contexte ;
- et de préciser les principales règles méthodologiques à respecter pour assurer la validité et l'utilité de la démarche.

Afin de développer et d'illustrer ces principes généraux, des **recommandations méthodologiques spécifiques** sur certains groupes d'indicateurs seront également élaborées par l'ANAES. Ces recommandations reposeront notamment sur une analyse critique de la littérature et sur l'avis d'experts et de professionnels de terrain. **Elles feront l'objet de documents ultérieurs.**

Professeur Yves MATILLON
Directeur général

MÉTHODOLOGIE

La réalisation de ce document a été coordonnée par le Dr Jean PETIT, chargé de mission auprès de la direction de l'accréditation.

Ce document a bénéficié de la contribution de professionnels de plusieurs services de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé :

- Dr Charles Bruneau
- Mlle Laurence Chazalotte
- Mme Christiane Chevillard
- Pr Alain Durocher
- Dr Jean François Dürr
- Dr Étienne Dusehu
- Dr James Goldberg
- Mme Dominique Le Boeuf
- Dr Vincent Mounic
- M. Benjamin Riche
- Mme Catherine Rumeau-Pichon

et des experts suivants :

- Mme Suzanne Charvet-Protat (Fédération des Établissements Hospitaliers d'Assistance Privés à but non lucratif)
- M. Hervé Leteurtre (Fédération Hospitalière de France)
- Dr Anne Mallet (Bureau d'Assurance Qualité de l'Hospitalisation Privée)
- Dr Étienne Minvielle (Centre de Recherche en Économie et Gestion appliquées à la Santé - INSERM - U 537 – CNRS ESA 8052)

Il a été notamment établi à partir :

- de l'ensemble des ouvrages publiés par l'ANDEM puis l'ANAES faisant référence à la notion d'indicateur ou d'élément de mesure ;
- des éléments de formation et de communication sur les indicateurs en santé publiés par les organismes d'évaluation étrangers, notamment :
 - l'*Australian Council on Healthcare Standards* (Australie),
 - le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé,
 - le *Health Quality Service* (Grande-Bretagne),
 - la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (USA, *National Library of Healthcare Indicators*),
 - ainsi que ceux du *National Health Service* (Angleterre et Écosse), de l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (USA, base *Conquest*), et de l'*Association of Maryland Hospitals and Health Systems* ("*Quality indicator project*®") ;
- des informations issues du recensement des indicateurs internes utilisés par les premiers établissements de santé engagés dans la procédure d'accréditation.

Nous tenons à remercier les membres du conseil scientifique de l'ANAES qui ont bien voulu relire et critiquer ce document, et notamment son président, le Dr Philippe Loirat, ainsi que le Dr Paul Landais et Mme Danièle Lacroix, rapporteurs.

REMARQUES

Ce document a été délibérément limité à l'exposé et l'illustration de principes généraux.

Il n'est pas un guide à la construction et l'utilisation de systèmes d'indicateurs élaborés, qui nécessitent des outils complémentaires adaptés au thème et au contexte concernés.

Par ailleurs, tous les indicateurs cités dans ce document, quelle que soit leur origine, le sont à titre d'illustration. Aucun ne peut être utilisé directement et sans un travail collectif d'appropriation et d'adaptation au contexte.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
MÉTHODOLOGIE	7
REMARQUES	9
Chapitre 1 QU'EST-CE QU'UN INDICATEUR	15
I. DÉFINITIONS	15
II. CRITÈRES ET INDICATEURS	15
Chapitre 2 QUI UTILISE DES INDICATEURS EN SANTÉ	19
I. ÉTAT, TUTELLES, ORGANISMES DE FINANCEMENT	19
II. ÉTABLISSEMENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ	19
III. USAGERS ET MÉDIAS	20
Chapitre 3 DES INDICATEURS : POUR MESURER QUOI ?	21
I. INDICATEURS D'ACTIVITÉ	21
II. INDICATEURS DE STRUCTURE (DE RESSOURCES)	21
III. INDICATEURS DE PROCESSUS	21
IV. INDICATEURS DE RÉSULTATS	22
V. PLACE DES INDICATEURS DE PROCESSUS ET DES INDICATEURS DE RÉSULTATS FINAUX	22
VI. EFFETS OU « IMPACT » D'UN PROGRAMME	23

Chapitre 4	COMMENT UTILISER DES INDICATEURS DANS LE CADRE DE DÉMARCHES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ INTERNES À UNE STRUCTURE DONNÉE ?	25
I.	IL N'Y A PAS DE QUALITÉ SANS MESURE...	25
II.	...MAIS À ELLE SEULE, LA MESURE NE FAIT PAS LA QUALITÉ	25
III.	LA QUALITÉ EST UNE VARIABLE COMPLEXE ET MULTIDIMENSIONNELLE	25
IV.	PLACE DES INDICATEURS DANS LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	27
Chapitre 5	QUELS SONT LES MODES D'EXPRESSION POSSIBLES DES « INDICATEURS » ?	29
I.	RÉSULTATS EXPRIMÉS EN VALEUR RELATIVE (TAUX, RATIO)	29
II.	RÉSULTATS EXPRIMÉS EN VALEUR ABSOLUE	29
III.	ÉVÈNEMENTS SENTINELLES	30
Chapitre 6	DANS QUELLES CONDITIONS LES INDICATEURS PEUVENT-ILS PERMETTRE DES COMPARAISONS ?	31
I.	COMPARAISONS INTERNES	31
	1. Indicateur « état des lieux »	31
	2. Comparaison dans le temps : suivi discontinu, suivi continu	31
II.	COMPARAISONS EXTERNES	31
	1. Comparaisons externes, pilotées de l'extérieur des Structures concernées	32
	2. Comparaisons mises en œuvre de manière volontaire par plusieurs structures	32
Chapitre 7	COMMENT ASSURER LA QUALITÉ D'UN INDICATEURS LORS DE SA CONSTRUCTION ? QUELLES SONT LES EXIGENCE À RESPECTER POUR SA MISE EN ŒUVRE ?	33
I.	UN INDICATEUR DOIT ÊTRE <u>SIMPLE</u> ET <u>ACCEPTABLE</u>	33
II.	UN INDICATEUR DOIT ÊTRE <u>VALIDÉ</u> ET <u>PERTINENT</u>	34
III.	UN INDICATEUR DOIT ÊTRE <u>FIABLE</u> (C'EST-À-DIRE APTE À UNE MESURE <u>PRÉCISE</u> ET <u>REPRODUCTIBLE</u>)	35

IV.	UN INDICATEUR DOIT ÊTRE <u>SENSIBLE ET SPÉCIFIQUE</u>	35
V.	LES RÉSULTATS OBSERVÉS DOIVENT ÊTRE <u>RESTITUÉS DE FAÇON CLAIRE</u>	35
VI.	UN INDICATEUR PEUT AVOIR DES <u>EFFETS SECONDAIRES</u> IMPRÉVUS, NÉGATIFS OU PARADOXAUX	36
	POUR EN SAVOIR PLUS	37
	ANNEXE	39

Chapitre 1

QU'EST-CE QU'UN INDICATEUR ?

I. DÉFINITION

De très nombreuses significations ont été données au terme indicateur. *Le Grand Robert* fournit ainsi, parmi d'autres, les définitions et exemples suivants : « [...] Instrument servant à fournir des indications quantitatives (sur un phénomène, un processus) à l'utilisateur. [...] *Indicateur de niveau. Indicateur de pression, d'altitude. Indicateur de vitesse.* [...] Dispositif capable de donner des indications. *Indicateur de changement de direction.* [...] Variables dont certaines valeurs sont significatives (d'un état, d'un phénomène économique). [...] Indicateur d'alerte. [...] Indicateur de tendance. [...] Par extension *Indicateur de santé* ».

D'autres approches sont plus restrictives. Selon la norme ISO 8402, un indicateur est une « information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ». Suivant cette définition, l'existence d'informations numériques et répétées est donc nécessaire pour qu'une information quantitative soit qualifiée d'« indicateur ».

AU TOTAL, 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.

II. CRITÈRES ET INDICATEURS

Le terme **critère** a été utilisé par l'ANDEM/l'ANAES **dans le cadre de l'audit clinique**, méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, pour qualifier un « élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation » sur la conformité des pratiques. Chaque critère se caractérise par :

- une variable, qui permet la mesure du critère ;
- un standard, qui est la valeur attendue ;
- une ou des exceptions, le cas échéant ;
- des instructions de recueil.

Il a été convenu de réserver le terme d'**indicateur** aux variables pouvant ultérieurement permettre un suivi de la qualité dans le cadre d'un système de recueil de données.

NOTE : dans le cadre de la procédure d'accréditation, le terme « critère » est utilisé avec une signification différente, c'est « l'énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence ».

QUELQUES POINTS ESSENTIELS

1. LE DOMAINE D'UTILISATION D'UN INDICATEUR DÉPEND EN GRANDE PARTIE DE L'OBJECTIF QUE SOUHAITE ATTEINDRE CELUI QUI LE CHOISIT, LE MET EN ŒUVRE ET EN EXPLOITE LES RÉSULTATS

Le taux de césariennes est un exemple classique d'indicateur dont l'utilisation et la valeur attendue dépendent des objectifs poursuivis et du contexte de mise en œuvre

Pour une équipe obstétricale donnée, il peut s'intégrer dans un programme d'évaluation des pratiques professionnelles : une analyse rétrospective des dossiers devrait retrouver une césarienne dans toutes les situations où existait une indication médicale mais jamais en l'absence d'indication ; l'équipe obstétricale travaillera donc plutôt sur un taux de conformité à des recommandations pour la pratique clinique. Dans ce cas particulier, les pratiques de référence peuvent varier d'un pays à l'autre en fonction de facteurs aussi divers que l'attente des usagers, la densité en opérateurs ou le contexte juridique, etc

Par contre, dans le cadre du suivi d'une politique sanitaire régionale, le taux de césariennes dans les différentes maternités peut être analysé parallèlement au taux de grossesses à risque, et/ou selon différentes modalités possibles de stratification (ex. : césariennes chez les primipares, césariennes itératives, etc.).

Le même indicateur – sous la même forme ou sous des formes voisines – peut donc être utilisé à des fins différentes : ici dans une logique strictement interne, là dans un but de comparaison.

Inversement, la même entité peut correspondre à des définitions différentes pour des professionnels différents.

Un épidémiologiste, un clinicien et un financeur peuvent ne pas avoir la même définition de l'efficacité ; sur un thème donné, ils ne retiendront donc pas les mêmes indicateurs d'efficacité.

2. UN INDICATEUR SUPPOSE L'EXISTENCE D'UNE QUESTION, QU'IL CONTRIBUE À ÉCLAIRER

Les chiffres ne parlent pas d'eux-mêmes. Un indicateur donne une indication, c'est-à-dire une information incomplète, mais utile, sur un phénomène, un dysfonctionnement, une situation. Une statistique, un indice simple ou complexe ne constituent pas automatiquement des indicateurs. Ils ne le deviennent que s'ils fournissent à la personne qui en dispose une information significative par rapport à ses préoccupations. Ce n'est pas seulement le résultat qui est important, c'est ce que l'on en fait.

En outre, la prise de décision fait habituellement appel, à côté du ou des éléments de mesure, à des éléments de principe ou de contexte. Ainsi, certaines décisions politiques ou stratégiques peuvent être prises en dépit de sondages d'opinion défavorables.

Dans le domaine sanitaire, la réglementation fixe des normes minimales d'activité pour certaines autorisations (ex. : nombre annuel d'accouchements et autorisation des activités d'obstétrique), mais elle prévoit aussi, de manière explicite, des exceptions en cas de difficultés d'accès. Tout indicateur doit donc être interprété.

3. UN INDICATEUR N'A DE SENS QU'ACCOMPAGNÉ DE SES ÉLÉMENTS D'INTERPRÉTATION, NOTAMMENT LES CRITÈRES PRÉCIS DE SA DÉFINITION ET LE CONTEXTE DE SA MISE EN ŒUVRE

Les conditions de recueil et de traitement des données doivent être définies précisément, afin d'assurer la stabilité et la reproductibilité au cours du temps des informations produites. Cette standardisation est encore plus importante lorsque l'indicateur est utilisé à des fins de comparaison par plusieurs équipes, services ou établissements. Il est par ailleurs très souvent nécessaire d'« ajuster » les résultats en fonction de différents facteurs.

La durée de passage dans un service d'accueil et de traitement des urgences dépend ainsi de l'organisation mise en place dans l'établissement pour répondre à la mission d'urgence, de la nature et de la sévérité de la pathologie à explorer et à prendre en charge, du moment de l'admission, etc.

Un établissement hébergeant beaucoup de personnes âgées grabataires aura probablement un indicateur « prévalence d'escarres » plus élevé qu'un établissement hébergeant des personnes physiquement autonomes.

Une valeur élevée du « Standardized Mortality Ratio », un indicateur de mortalité, peut être interprétée différemment selon la population considérée, l'âge, le sexe, la période considérée. De la même manière, pour une intervention ou une catégorie d'interventions donnée, la mortalité périopératoire peut être étudiée par exemple en fonction des cinq classes de risque définies par l'American Society of Anesthesiologists (Score ASA).

Le développement des indicateurs ne prend donc tout son sens qu'à la fin d'une période parfois longue de choix des objectifs à atteindre. Ces remarques s'appliquent à toutes les catégories d'indicateurs et rendent compte des limites, voire des dangers, de l'utilisation de « catalogues » d'indicateurs.

4. POUR TOUTES CES RAISONS, LES INDICATEURS PEUVENT ÊTRE L'OBJET DE BIAIS D'ANALYSE ET LES FACTEURS DE CONFUSION DANS LEUR INTERPRÉTATION SONT FRÉQUENTS.

Des résultats sous-estimés, surestimés, voire incohérents par rapport à la situation réelle peuvent conduire l'utilisateur de l'indicateur à prendre des décisions inappropriées.

Les SAMU-Centre 15 des différents départements français enregistrent notamment le nombre d'appels qu'ils reçoivent et le nombre d'« affaires » qu'ils traitent, une même « affaire » pouvant faire l'objet de plusieurs appels. Ces informations sont recueillies de manière constante pour un même SAMU-Centre 15.

Elles permettent donc des comparaisons dans le temps valides au sein d'une même entité d'où, le cas échéant, une optimisation pertinente des ressources et de l'organisation.

Chaque année, tous les SAMU–Centre 15 rendent public un rapport d'activité qui comporte notamment ces informations.

Pourtant, une analyse rigoureuse montre qu'une comparaison au plan national serait très difficile, en raison de :

- **l'absence de méthode homogène de comptabilisation du nombre d'appels, certains Centres 15 relevant tous les appels « entrants » et d'autres les seuls appels « décrochés » ;**
- **l'absence de définition homogène des « affaires » traitées, considérées par certains comme étant les seuls dossiers « médicaux » et par d'autres comme étant l'ensemble des dossiers médicaux et des simples renseignements (ex. : adresse de la pharmacie de garde) ;**
- **l'absence de données fiables quant à la population non sédentaire, dans les régions connaissant des flux touristiques saisonniers.**

Cet exemple illustre le caractère fondamental du contexte d'utilisation des indicateurs. En situation de décision, l'indicateur doit rester une information parmi d'autres.

Chapitre 2

QUI UTILISE DES INDICATEURS EN SANTÉ ?

Les domaines pouvant faire l'objet d'évaluations dans un système de santé sont très nombreux, de même que sont très nombreux les acteurs de ces évaluations. On peut, par exemple, s'interroger sur les pratiques de professionnels, d'équipes, d'établissements, de régions, de systèmes dans leur ensemble. L'évaluation peut porter sur un cas donné, un groupe d'usagers, ou toute une population. L'analyse peut être très précise et technique ou, au contraire, beaucoup plus large. Les méthodes et indicateurs pertinents varient évidemment en conséquence.

I. ÉTAT, TUTELLES, ORGANISMES DE FINANCEMENT

Les décideurs peuvent souhaiter utiliser des indicateurs pour définir (à l'échelon de la nation, de la région, etc.) les besoins sanitaires de la population et leur niveau de satisfaction, ou encore pour optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Cependant, il est rarement possible d'établir de manière scientifique le niveau de ressources requis par telle production ou tel service dans son contexte spécifique. Dans ces conditions, les indicateurs ne peuvent pas être utilisés pour prendre des décisions de manière mécanique. Ils doivent être utilisés comme les bases d'un dialogue et d'une réflexion communs entre le niveau central et les services déconcentrés.

Conformément aux dispositions du régime des autorisations (article R 712-40 du Code de la santé publique, alinéa D), cette approche concerne la quasi-totalité des activités sanitaires (implantation d'établissements, autorisations d'activité et d'équipement, etc.)

II. ÉTABLISSEMENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Des mesures objectives peuvent être mises en avant :

- pour appuyer la demande ou justifier l'attribution d'autorisations ou de ressources complémentaires ;
- comme élément de suivi de la « performance » clinique (mortalité, morbidité,... et leurs causes principales) ;
- pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité et notamment de maîtrise des risques lors de la prise en charge des patients ;
- dans une logique de conquête de clientèle, pour convaincre les « clients » de l'excellence de la prise en charge.

III. USAGERS ET MÉDIAS

Des indicateurs peuvent, là aussi, être sous-tendus par des objectifs variés, par exemple satisfaire l'intérêt croissant des usagers pour les informations sur les différentes modalités de prise en charge de leur santé, ou inciter fortement les professionnels de santé à communiquer voire à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers.

Chapitre 3

DES INDICATEURS : POUR MESURER QUOI?

I. INDICATEURS D'ACTIVITÉ

De très nombreux indicateurs d'activité peuvent être envisagés, en fonction des objectifs poursuivis. L'activité peut être décrite de manière globale et/ou par secteurs d'activité. Elle peut être exprimée de manière détaillée ou synthétique, de manière brute ou par référence aux coûts ou aux structures (productivité). La construction, le recueil et l'utilisation des indicateurs d'activité répondent aux règles méthodologiques générales citées plus loin. La discussion des différentes catégories d'indicateurs d'activité disponibles sort du cadre de ce document.

II. INDICATEURS DE STRUCTURE (DE RESSOURCES)

Les indicateurs de structure représentent les moyens humains, les équipements et les ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients.

Exemples :

- nombre de médecins, de soignants, de salles d'intervention, etc. dans un établissement de santé donné ;
- nombre d'appareils d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, de places d'hémodialyse, etc. dans une région sanitaire donnée.

III. INDICATEURS DE PROCESSUS

Tout processus de prise en charge des patients peut être décrit comme un ensemble d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité. Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs.

Les indicateurs de processus renseignent principalement sur les pratiques professionnelles appliquées lors de ces différentes étapes et tâches ainsi que sur les modalités de fonctionnement et de coordination des secteurs d'activité concernés.

Exemples :

- taux de conformité d'une procédure diagnostique ou thérapeutique médicale à une recommandation de bonne pratique ;
- délai d'obtention de rendez-vous.

IV. INDICATEURS DE RÉSULTATS

En matière de santé, qu'il s'agisse d'objectifs sanitaires globaux ou de démarches locales d'amélioration de la prise en charge des patients, la notion de « résultats » recouvre des réalités différentes.

Les indicateurs de **résultats intermédiaires** (*outputs* selon Donabedian) mesurent l'activité et la qualité des différentes étapes des processus.

Exemple :

- processus de prise en charge des patients : taux d'infection du site opératoire ; pourcentage de réadmissions non programmées ; taux de vaccination ;
- processus logistiques et de soutien : nombre d'heures de formation professionnelle continue par agent (pour chaque catégorie professionnelle) ; taux de pannes.

Les **résultats finaux en terme de santé** (*outcomes* de Donabedian, résultats de santé et de bien-être selon les Canadiens) traduisent un changement de l'état de santé des patients. Ils rendent directement et précisément compte de la capacité d'action du système de soins. De nombreux indicateurs de résultats finaux sont des indicateurs de résultats négatifs, tels que la morbidité ou la mortalité. Ceci est notamment explicable par le fait qu'il est beaucoup plus simple d'identifier ce qui ne devrait pas se produire que le contraire. Une des difficultés des indicateurs de résultats négatifs est qu'ils peuvent conduire à une gestion par les sanctions, notamment en l'absence d'indicateurs de résultats intermédiaires permettant de faire la clarté sur la chaîne de mécanismes et de responsabilités expliquant l'apparition de résultats finaux négatifs.

La **satisfaction** des usagers est une dimension importante et spécifique des résultats. Elle représentait 21,4 % des indicateurs internes recensés auprès des premiers établissements de santé engagés dans la procédure d'accréditation, couvrant l'ensemble des référentiels. Tous les principes développés dans ce document sont applicables à la construction et à la mise en œuvre des indicateurs de satisfaction des patients.

V. PLACE DES INDICATEURS DE PROCESSUS ET DES INDICATEURS DE RÉSULTATS FINAUX

Tout programme, qu'il s'agisse d'un plan d'amélioration de la qualité ciblé et localisé ou d'un programme de planification, induit des changements intermédiaires rapides avant d'atteindre (ou non) plus tardivement son objectif « final ». Ces changements intermédiaires correspondent pour l'essentiel à des évolutions de pratiques et de fonctionnement au sein du processus considéré. Le recueil des résultats intermédiaires permet habituellement de réagir plus rapidement par des mesures correctrices que celui des résultats finaux ; il est en outre plus facile à mettre en œuvre et moins coûteux. Un recueil des résultats « intermédiaires » doit donc être privilégié chaque fois qu'existent des preuves de leur caractère prédictif quant au résultat final, c'est-à-dire lorsque le lien entre le processus de prise en charge et les résultats de santé est démontré, probable ou vraisemblable.

Ainsi, pour espérer faire varier l'espérance de vie d'une population, de très nombreuses actions sont nécessaires : l'objectif se situe sur le très long terme ; pour commencer à faire baisser le taux des erreurs de dispensation des médicaments, des actions très simples et à court terme suffisent.

En fait, il est souvent utile de disposer d'indicateurs tout au long de la chaîne. Il est même souvent utile d'utiliser plusieurs catégories d'indicateurs. Le choix d'une « **batterie** » d'indicateurs s'intègre dans la méthodologie générale de la gestion de projet. Toute activité dans le domaine de la santé comporte des sous-processus qui interagissent, s'interpénètrent, comportent des boucles de régulation et produisent de multiples « résultats » (ex. : pronostic, statut fonctionnel, niveau de risque, satisfaction, coût, etc.). Cette complexité est importante lorsque l'on tente de produire des améliorations ; elle justifie que soit utilisé un ensemble « équilibré » d'indicateurs de différentes catégories (activité, structure, processus, résultats).

Ainsi, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité relative à certaines infections liées aux soins, on pourra associer des mesures portant sur l'évolution des résultats (ex. : incidence des infections du site opératoire ou des infections sur cathéter) et des mesures permettant d'affirmer l'application d'une action au sein d'un projet (comme l'évaluation des pratiques relatives au lavage des mains ou le pourcentage de cathéters changés au bout d'une durée de référence).

Inversement, l'incidence des infections liées aux soins dans un secteur d'activité donné peut faire partie des indicateurs utilisés dans une démarche de réduction des effets adverses, d'amélioration de la satisfaction du patient, de réduction des coûts, etc.

VI. EFFETS OU « IMPACT » D'UN PROGRAMME

La notion d'impact est plus globale que la notion de résultats. Les résultats sont des changements directement liés aux objectifs du programme ; l'impact regroupe l'ensemble des changements directs et indirects, voulus ou non voulus, liés ou non aux objectifs explicites du programme, tant sur la population visée que sur la population entière.

Ainsi, une action peut avoir un résultat positif à court terme, mais négatif par la suite ; une action efficace en regard de son objectif, par exemple sur une catégorie de patients, peut avoir un impact négatif sur d'autres catégories de patients.

Cette ambivalence peut être illustrée par la sélection de bactéries multirésistantes lors de certains protocoles d'antibiothérapie utilisés dans la prévention ou le traitement des états infectieux.

Chapitre 4

COMMENT UTILISER DES INDICATEURS DANS LE CADRE DE DÉMARCHES D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ INTERNES À UNE STRUCTURE DONNÉE ?

Dans le domaine de la santé, l'amélioration continue de la qualité est notamment une démarche centrée sur l'utilisateur (le patient, le client), prenant en compte la notion de processus, et fondée sur l'utilisation de données objectives.

I. IL N'Y A PAS DE QUALITÉ SANS MESURE...

La mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante au cours de toute démarche d'amélioration. Il est important de se fonder sur des faits et non sur des opinions. Le recours à des données factuelles est un moyen privilégié d'ancrer la démarche dans la réalité.

L'indicateur a ou peut avoir plusieurs fonctions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité :

- connaître le niveau de qualité initial du processus ;
- déterminer des objectifs quantifiés (il s'agit moins d'orienter des décisions de type binaire que d'aider à déterminer l'importance des problèmes afin de définir les priorités d'action) ;
- vérifier que ces objectifs sont atteints, en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'actions ;
- suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus, c'est-à-dire vérifier la pérennité des changements.

Pour autant, il ne saurait être question de tout évaluer. Mesurer suppose toujours que l'on ait un objectif et qu'il puisse exister un retour sur l'investissement que constitue la mesure. On se limitera aux processus clés et à leurs étapes les plus importantes.

II. ...MAIS À ELLE SEULE, LA MESURE NE FAIT PAS LA QUALITÉ

Le succès d'une démarche d'évaluation de la qualité en vue de son amélioration suppose un engagement institutionnel, une culture collective (travail en collaboration, apprentissage à partir des erreurs, etc.), une formation et un soutien méthodologique et logistique, ainsi que des systèmes de mesure et de gestion des données appropriés. **La réalisation de ces conditions devrait être considérée comme un préalable à toute mise en œuvre d'indicateurs.**

Plus encore que du temps, l'évaluation requiert de la curiosité et la volonté de se remettre en cause. Le recueil des indicateurs est facilité lorsque la politique d'évaluation fait partie intégrante du travail quotidien.

De plus, les mesures sont supposées refléter la réalité, mais elles ne constituent pas la réalité elle-même.

Toute réalité a une dimension objective et une dimension subjective, et les deux sont importantes. Il est souvent utile de recourir aux méthodes issues des sciences sociales pour interpréter les résultats et favoriser le changement.

La mesure et la diffusion, au sein d'un établissement, d'un taux de chutes des patients (par exemple les chutes ayant entraîné des blessures) peut permettre de créer la mobilisation nécessaire à la mise en œuvre de mesures correctrices, puis à en mesurer l'impact. Mais des données qualitatives relatives au comportement des professionnels peuvent être également utiles.

III. LA QUALITÉ EST UNE VARIABLE COMPLEXE ET MULTIDIMENSIONNELLE

L'indicateur peut concerner les différents **niveaux** de la qualité (conformité aux normes réglementaires exigibles, conformité aux recommandations/références professionnelles, démarche d'amélioration continue aux fins de résolution de problème, gestion de risque ou quête d'excellence, etc.).

L'indicateur peut aussi s'intéresser aux différentes **dimensions** de la qualité de la prise en charge des patients : efficacité, efficience, sécurité, caractère approprié, disponibilité, accessibilité, équité, performance, confort, personnalisation, etc.

- Un indicateur d'efficacité exprime le rapport entre les résultats obtenus et les objectifs ou autres effets recherchés d'un programme, d'une organisation ou d'une activité.
- Un indicateur d'efficience exprime le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre.
- Un indicateur de disponibilité exprime le rapport entre les ressources (humaines, matérielles, etc., en termes de type, d'agencement, de volumes, de localisation) et les besoins des usagers au regard des objectifs et/ou références. L'accessibilité définit le fait que les services soient rendus au bon endroit et au bon moment, en se fondant sur les besoins du client ou de l'utilisateur ; c'est donc le rapport entre la quantité de services et les indicateurs de besoins des usagers ; la disponibilité est souvent utilisée comme indicateur de l'accessibilité : on suppose que si des ressources sont disponibles, alors les services sont accessibles.
- L'équité est une dimension de la qualité qui illustre bien la problématique des indicateurs dans le domaine de la santé. Des définitions très précises quant au type d'équité sont nécessaires : l'équité pour qui ? (population, usagers, professionnels, etc.) ; l'équité de quoi ? (ressources, résultats, etc.) ; l'équité parmi qui ? (statuts socio-économique, ethnique, conditions de santé, régions, etc.).

On peut parler d'équité en termes d'efficacité, d'efficience, de disponibilité, etc., mais si on définit l'équité à partir de plusieurs éléments, on risque de se confronter à des objectifs contradictoires. **On ne peut donc mesurer l'équité sans se doter au préalable d'objectifs d'équité qui serviront alors de critères pour en mesurer l'atteinte.**

- La performance (les Canadiens utilisent le terme de rendement) peut être définie par **un ensemble de mesures** permettant de se prononcer sur les relations entre les différents types de résultats et entre ces résultats et les moyens mis en œuvre. La notion de performance est une source fréquente de confusion. En effet, l'évaluation de la performance repose sur la mesure de plusieurs des dimensions de la qualité précédemment citées ; la performance n'est donc pas directement mesurable et il ne peut y avoir d'indicateurs de performance *stricto sensu*.

La notion de performance doit ainsi être précisée à chaque fois que l'on veut l'utiliser. Comme pour l'équité, la définition d'objectifs de performance (les dimensions de la qualité privilégiées par celui qui choisit les mesures et en utilise les résultats) est un préalable indispensable.

IV. PLACE DES INDICATEURS DANS LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La procédure d'accréditation des établissements de santé a pour objectif le développement d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

Ainsi que l'indiquent le manuel d'accréditation et le guide pratique *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*, l'ANAES demande à chaque établissement de santé de préciser les **indicateurs internes** spécifiques qui lui sont utiles pour piloter les différentes actions de sa politique qualité. La démarche prévoit que les établissements de santé indiquent dans les documents d'auto-évaluation puis lors de la visite d'accréditation les indicateurs qu'ils utilisent ou envisagent d'utiliser. L'utilisation de tels indicateurs internes, que l'établissement de santé aura lui-même proposés, est appelée à se développer progressivement dans le cadre du suivi des recommandations du collège de l'accréditation.

Le guide pratique *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation* présente en annexe à titre d'exemples quelques indicateurs classiques. Un exemple détaillé relatif au délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation figure dans les « Supports pédagogiques » réalisés par l'ANAES à l'intention des établissements de santé et de leurs équipes. Il a été précisé que l'ANAES n'entendait pas promouvoir l'utilisation de tel ou tel indicateur, ni en faire usage dans une logique de comparaison externe entre établissements et/ou secteurs d'activité. Elle souhaite, par contre, inviter les équipes à promouvoir les indicateurs les mieux adaptés à leur problématique : « Le choix d'un indicateur doit toujours être adapté au contexte et au problème potentiel à résoudre. »

Ainsi, un établissement de santé ne saurait conduire sa procédure d'accréditation sans choisir et mettre en œuvre différents indicateurs internes pour chacun des référentiels.

Mais ces informations ne figurent ni dans le rapport ni dans le compte rendu d'accréditation dont l'objet n'est pas de fournir une mesure directe et chiffrée des différentes dimensions de la qualité de la prise en charge des patients.

Chapitre 5

QUELS SONT LES MODES D'EXPRESSION POSSIBLES DES «INDICATEURS» ?

I. RÉSULTATS EXPRIMÉS EN VALEUR RELATIVE (TAUX, RATIO)

Les indicateurs relatifs à des fréquences doivent habituellement être exprimés sous la forme d'un pourcentage.

Exemple :

Taux de patients porteurs d'une escarre.

L'élaboration du rapport nécessite une réflexion sur la définition du numérateur et le choix du dénominateur approprié.

Exemple :

Taux de patients porteurs d'une escarre : 1) au 15^e (ou au 30^e) jour suivant l'admission ; 2) parmi les neurotraumatisés (ou les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral, ou les personnes âgées dépendantes, etc.)

Le numérateur peut être constitué par une variable unique ou par une combinaison de variables. Dans ce dernier cas, on parle habituellement d'**indicateur composite**.

Exemple :

En recherche clinique, l'efficacité des protocoles de prise en charge des syndromes coronariens aigus (infarctus du myocarde et angor instable) est habituellement appréciée en regroupant les cas de décès, de récurrence d'infarctus du myocarde et/ou de réintervention non programmée (nouvelle angioplastie avec ou sans stent, pontage coronarien chirurgical).

L'évolution du taux dans le temps, en réponse à une action ou par rapport à un objectif, fait habituellement partie intégrante de l'information recherchée. Il est parfois nécessaire de définir un «**seuil** », niveau qui déclenche une évaluation/une intervention. Pour un grand nombre d'indicateurs, la valeur du seuil est très dépendante du contexte local.

II. RÉSULTATS EXPRIMÉS EN VALEUR ABSOLUE

Parmi les indicateurs de cette catégorie figurent les mesures de délai ou de durée. Les résultats sont exprimés en tenant compte des règles applicables aux statistiques descriptives. En cas de répartition «normale » et lorsque les effectifs sont suffisants, le résultat est exprimé par une moyenne et un indice de dispersion (écart type par exemple).

Ces conditions sont rarement représentées ; ainsi que le montre l'exemple sur les délais de consultation figurant en annexe, le résultat peut alors le plus souvent être exprimé par la médiane et un ou plusieurs « percentiles ».

Exemple :

Délai d'envoi d'un compte rendu d'hospitalisation.

L'indicateur peut, ici également, être construit à partir de plusieurs variables ; on parle alors souvent de **score** ou d'échelle.

Exemples :

Echelle visuelle analogique, pour l'évaluation de l'intensité douloureuse et l'ajustement des thérapeutiques ; score d'Apgar ou de Glasgow pour l'évaluation de la gravité d'une souffrance néonatale ou d'un traumatisme crânien, indice de gravité simplifiée pour l'évaluation du pronostic de populations de patients en réanimation.

Parfois, le même sujet peut être abordé, en fonction du contexte et des objectifs poursuivis par l'équipe, soit en valeur absolue, soit en valeur relative.

Exemples :

Durée moyenne d'attente à l'arrivée au service d'accueil et des urgences chez les patients appartenant au niveau GEMSA 2 ; taux de patients GEMSA 2 ayant attendu plus de 15 minutes.

[La classification GEMSA - Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil - comporte 6 niveaux en fonction de la charge de travail médico-infirmier et de la quantité d'examen paracliniques réalisés]

III. ÉVÈNEMENTS SENTINELLES

Un événement sentinelle est un fait exceptionnel, souvent un incident critique, pour lequel une évaluation ou une action est justifiée. L'intitulé d'un événement sentinelle peut commencer par « présence de... » ou « survenue de... ». Compte tenu de leur faible incidence, les événements sentinelles pris isolément ne permettent habituellement pas de comparaisons statistiques.

Exemple :

La survenue d'un accident transfusionnel dans le système ABO, une complication complètement évitable, justifie toujours une révision du dossier à la recherche des causes et la mise en place de dispositions préventives.

Le taux d'un événement indésirable ou d'un ensemble d'événements indésirables relevé au cours de la prise en charge d'une catégorie précise de patients selon des modalités homogènes et dans un contexte donné peut être utilisé comme indicateur de résultats intermédiaires.

Chapitre 6

DANS QUELLES CONDITIONS LES INDICATEURS PEUVENT-ILS PERMETTRE DES COMPARAISONS ?

I. COMPARAISONS INTERNES

1. Indicateur «état des lieux»

En matière de santé, des mesures uniques ont parfois une valeur décisionnelle forte. Un secteur d'activité peut avoir besoin d'un « bilan de l'existant » pour définir des priorités d'action dont le suivi sera effectué par la suite avec d'autres indicateurs plus spécifiques. Ces priorités sont retenues au terme d'une interrogation, à un instant donné, sur le possible, qui est fonction des connaissances et des ressources, et sur le souhaitable, qui est fonction des valeurs éthiques et des particularités culturelles. Tous ces paramètres sont évolutifs, ce qui explique le caractère dynamique de toute démarche efficace.

2. Comparaisons dans le temps : suivi discontinu, suivi continu

L'indicateur, ou la batterie d'indicateurs, peut faire l'objet d'un suivi continu sur l'ensemble de la population étudiée. Certaines mesures sont déjà enregistrées en routine de cette manière (ex. : l'âge, les constantes vitales, etc.).

Cependant, il est souvent nécessaire de rassembler de manière prospective des données non disponibles en routine. Dans un souci d'utilité et d'économie, le suivi peut alors habituellement être conduit de manière discontinue sur un nombre limité d'observations.

Ainsi, 30 à 50 dossiers de patients présentant des situations cliniques homogènes permettent le plus souvent l'évaluation des pratiques professionnelles selon la méthode de l'audit clinique préconisée par l'ANAES.

Cependant, les comparaisons dans le temps sont parfois insuffisantes.

Un programme associé à une détérioration de 5 % d'un indicateur de santé peut paraître un échec. Cependant si la détérioration a été de 25 % dans tous les secteurs qui n'avaient pas mis en œuvre ce programme, il est possible que le programme ait été efficace.

II. COMPARAISONS EXTERNES

D'une manière générale, l'utilisation du même indicateur pour comparer les pratiques, le fonctionnement ou les résultats de plusieurs structures suppose que la comparabilité – ou la non-comparabilité des structures ait été analysée au préalable.

Cette analyse doit prendre en compte les ressources, l'organisation, les processus, et s'il s'agit d'indicateurs cliniques, les caractéristiques des patients pris en charge.

Elle suppose également que les modalités de recueil soient similaires quels que soient celui qui recueille l'information et le lieu où elle est recueillie. Ces modalités doivent donc être définies au préalable.

1. Comparaisons externes, pilotées de l'extérieur des structures concernées

On assiste à un développement considérable de l'information « objective » disponible, source potentielle d'« indicateurs ». Ce développement implique une certaine standardisation des modalités de traitement de l'information.

Ainsi que le démontre l'expérience du National Committee for Quality Assurance aux USA, la standardisation du recueil de l'information est l'un des critères nécessaires pour comparer la « performance » de structures ou de réseaux sanitaires. Mais le niveau de standardisation requis est très élevé, ce qui oriente davantage la démarche vers l'évaluation de l'utilisation des ressources que vers celle du niveau de qualité fourni.

Ainsi, plusieurs questions s'imposent devant tout indicateur « externe », qu'il s'agisse d'un indicateur épidémiologique ou d'un indicateur qualité :

- qui pilote la comparaison, et quel en est l'objectif (la réponse à la première question éclaire en général la seconde) ?
- La validité de la comparaison a-t-elle été étudiée ? Les conditions de cette validité sont-elles décrites, et si oui sont-elles effectivement réunies ?

2. Comparaisons mises en œuvre de manière volontaire par plusieurs structures

Plusieurs équipes ou établissements de santé peuvent choisir de travailler ensemble sur leurs pratiques et leurs organisations, voire leurs résultats, et de se confronter sans complaisance afin de les améliorer. Ici encore, l'indicateur est un outil, pas un but. L'objectif n'est pas la comparaison elle-même, mais l'échange que permet cette comparaison.

Cette approche s'apparente à la démarche connue dans l'industrie sous le nom de **benchmarking**.

De nombreux arguments plaident pour une grande prudence dans la mise en œuvre de telles comparaisons, dont l'utilité doit encore faire l'objet de recherches, dans le domaine des établissements de santé :

- ces structures présentent des spécificités importantes, en termes de missions, d'environnement local et de population desservie ;
- les phénomènes d'asymétrie d'information, qui caractérisent les différences de connaissances et de priorités entre les usagers et les professionnels de santé, y sont systématiques, ce qui explique que selon l'observateur, les objectifs puissent paraître contradictoires ;
- il existe un niveau parfois élevé de variabilité non maîtrisable, voire utile.

Chapitre 7

COMMENT ASSURER LA QUALITÉ D'UN INDICATEUR LORS DE SA CONSTRUCTION ? QUELLES SONT LES EXIGENCES À RESPECTER POUR SA MISE EN ŒUVRE ?

Ainsi qu'il a été précisé précédemment, le contexte d'utilisation de l'indicateur est fondamental. Il est supposé ici que l'équipe qui va assurer la construction détaillée puis la mise en œuvre de l'indicateur maîtrise parfaitement les objectifs poursuivis et les difficultés éventuelles liées aux limites du domaine d'application.

I. UN INDICATEUR DOIT ÊTRE SIMPLE ET ACCEPTABLE

Le choix d'un indicateur procède souvent d'un équilibre entre l'impératif de commencer rapidement avec des mesures limitées, et l'aspiration à une appréhension exhaustive de la complexité de la situation. Les objectifs de simplicité et d'utilité de la mesure doivent l'emporter sur le souci de la perfection et de l'exhaustivité.

Think big, but start small (*voyez grand, mais commencez petit*)

Il est raisonnable de débiter en se limitant aux points clés du processus, au nombre nécessaire d'observations (ni plus ni moins), à des situations « traceuses » si elles ont été identifiées et validées comme telles.

L'acceptabilité est une caractéristique essentielle d'un bon indicateur clinique. Pour qu'un indicateur soit accepté, il faut qu'il soit simple, mais aussi qu'il soit opérationnel et crédible.

Un indicateur doit être « convivial », facile à élaborer, à recueillir et calculer, compréhensible et compris de la même façon par tous. Un indicateur qui est difficile à comprendre ne motive pas, or celui qui recueille l'information doit y avoir intérêt. De plus, les mesures complexes nécessitent souvent la création de volumineuses banques de données, difficiles à fiabiliser et à rendre exhaustives, et nécessitant une gestion éloignée du terrain par des spécialistes.

Lorsque l'information ou une information voisine est déjà disponible, il n'est pas licite de mettre en œuvre, sans motif clair, un recueil redondant. Les indicateurs eux-mêmes doivent être cohérents entre eux et ne pas être redondants. Si les indicateurs ne peuvent pas être des sous-produits des systèmes d'information existants, leur recueil doit avoir un coût humain et matériel aussi faible que possible.

Chaque fois que la construction d'un indicateur est envisagée, il est utile de recenser les informations nécessaires et de vérifier au préalable leur disponibilité, leur fiabilité et leur pérennité. Les qualités d'un indicateur sont en effet largement tributaires de la qualité des données, laquelle peut évoluer dans le temps. D'une manière générale, il est souhaitable qu'un indicateur soit testé avant sa mise en œuvre.

L'efficacité des mêmes indicateurs ou d'indicateurs voisins dans le cadre de démarches similaires est un point fort ; cependant, s'ils sont d'origine étrangère, d'éventuelles difficultés sémantiques ou culturelles doivent être anticipées.

II. UN INDICATEUR DOIT ÊTRE VALIDÉ ET PERTINENT

La validité est l'aptitude de l'indicateur à refléter ce qu'il est censé mesurer, c'est-à-dire à fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi. Un indicateur est notamment supposé varier dans le même sens que ce qu'il mesure. Un indicateur est pertinent s'il permet d'identifier simplement des problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction efficaces existent.

- **Remarques relatives à la notion de variabilité**

La variabilité est une caractéristique importante des pratiques des professionnels de santé, de l'organisation du système de santé, et de leurs résultats. Cette variabilité peut être utile lorsqu'elle correspond à une personnalisation des soins. Mais elle est synonyme de non-qualité lorsqu'elle témoigne, par exemple, de l'absence de concertation d'une équipe de professionnels sur une activité à risque.

L'utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé doit de plus prendre en compte l'existence d'une variabilité naturelle, qui est le propre de toute évolution bioclinique.

Enfin, l'interprétation de résultats obtenus sur l'ensemble d'une population hétérogène est rarement pertinente en raison d'une variabilité trop grande entre sous-populations ou de la présence de facteurs confondants. Tel est, notamment, le cas des indicateurs issus des systèmes informatisés de recueil d'activité. Il est nécessaire de stratifier de telles informations, c'est-à-dire de prévoir d'emblée une analyse des résultats par sous-groupes en fonction des caractéristiques des secteurs d'activité ou des patients. Il est également possible d'utiliser des variables d'ajustement telles que l'âge ou la sévérité de l'affection.

La variabilité est donc une notion essentielle lors de la construction et de l'utilisation d'un indicateur. Elle intervient dans la détermination du nombre des observations nécessaires (la taille de l'« échantillon »). Elle détermine également les conditions autorisant (ou non) des comparaisons dans le temps ou entre structures.

Une prise en charge rapide en rééducation des traumatisés graves à l'issue de leur hospitalisation initiale est jugée par plusieurs équipes comme un facteur favorisant la récupération. Ces équipes décident d'entreprendre une démarche d'amélioration sur ce point. Un enregistrement des délais de transfert est entrepris. Sur les deux patients proposés au secteur de rééducation par l'équipe A la première semaine de la démarche, un a été accepté le lendemain et un autre a dû attendre treize jours. Sur les quarante patients proposés par l'équipe B durant le premier trimestre de la démarche, vingt n'ont pu être transférés avant le dixième jour. Selon un courrier du responsable du projet dans l'équipe C, le délai d'attente serait pour celle-ci de $8 \pm 3,5$ jours. Les 50 % d'observations non conformes dans les deux premières équipes n'ont évidemment pas la même signification (d'ailleurs, durant la même période que l'équipe B, l'équipe A n'a enregistré que 3 « problèmes » sur 69 patients). Quant aux valeurs fournies par l'équipe C, elles ne sont pas utilisables sans connaissance des effectifs correspondants.

Enfin, un indicateur doit être régulièrement remis en cause. La pérennité de l'indicateur ne se justifie que tant que l'indicateur est utile, notamment tant que l'objectif initial est maintenu ; au-delà, il doit être abandonné.

III. UN INDICATEUR DOIT ÊTRE FIABLE (C'EST-À-DIRE APTÉ À UNE MESURE PRÉCISE ET REPRODUCTIBLE)

La reproductibilité est la capacité de produire plusieurs fois le même résultat lorsque la mesure est répétée dans le temps, dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments. Les sources d'erreur qui peuvent affecter la fiabilité des mesures sont nombreuses. Elles peuvent venir de l'outil de collecte, de la personne qui fournit l'information, de la façon dont elle est demandée, etc.

Ainsi, lorsque le recueil de l'information nécessaire à la détermination de l'indicateur implique la sensibilisation des acteurs (ex. : taux de certains événements indésirables établi par déclaration volontaire), il est fréquent d'observer dans les premiers mois des changements importants du simple fait de la mobilisation des acteurs.

IV. UN INDICATEUR DOIT ÊTRE SENSIBLE ET SPÉCIFIQUE

La sensibilité est l'aptitude à varier beaucoup et rapidement lorsque apparaissent des variations, même de faible amplitude, du phénomène étudié, par exemple en fonction des actions que l'on met en œuvre.

Un indicateur est dit spécifique lorsqu'il ne varie que si le phénomène à l'étude subit une modification.

V. LES RÉSULTATS OBSERVÉS DOIVENT ÊTRE RESTITUÉS DE FAÇON CLAIRE

La clarté de la présentation des résultats des mesures est déterminante pour l'utilité et la pérennité de la démarche. Des graphiques montrant l'évolution des mesures en fonction du temps, avec des réactualisations fréquentes, permettent à l'équipe en charge d'un domaine de disposer d'éléments de suivi clairs et simples.

Le choix du mode de présentation doit être adapté à l'audience visée.

La clarté des résultats dépend en grande partie de la clarté des objectifs préalablement déterminés et de l'engagement des acteurs à rendre compte de la réalité de la situation observée.

VI. UN INDICATEUR PEUT AVOIR DES EFFETS SECONDAIRES IMPRÉVUS, NÉGATIFS, OU PARADOXAUX

Un indicateur peut donner lieu à une interprétation erronée. Sa signification peut ne pas être la même pour tout le monde. De ce fait un indicateur doit toujours être confronté aux appréciations issues d'autres sources, toute situation de divergence entre différentes appréciations devant être examinée.

À force d'utiliser un indicateur, on peut finir par le confondre avec le phénomène concerné.

Ce n'est pas parce qu'une amélioration de l'indicateur est observée que, nécessairement, la situation doit être considérée comme correcte. Si au lieu de rassembler les moyens, de mettre en œuvre les pratiques et de s'organiser pour atteindre l'objectif initialement fixé pour la démarche, on ne fait qu'essayer d'atteindre une certaine valeur, alors l'« indicateur » perd de sa signification ; il perd sa validité à titre d'indicateur.

Ainsi, un secteur d'activité qui souhaite progresser en matière de personnalisation des soins pourrait retenir comme indicateur le pourcentage des personnels connaissant le nom des usagers ; mais si l'amélioration de ce pourcentage est obtenue en obligeant les personnels à apprendre les noms par cœur, elle n'indique pas forcément une amélioration de la qualité des services.

Tout projet reposant sur l'utilisation d'indicateurs suppose donc, après la réflexion initiale relative aux objectifs et au contexte d'utilisation, une réflexion de nature statistique et, parfois, un investissement en formation.

POUR EN SAVOIR PLUS

Plusieurs centaines d'articles sont consacrés chaque année aux indicateurs dans le secteur de la santé, ou apportent des informations pertinentes sur ce sujet. Il ne saurait donc être question de fournir au lecteur une bibliographie exhaustive.

Les recommandations méthodologiques qui seront élaborés par l'ANAES dans les prochains mois sur certains groupes d'indicateurs seront notamment issues d'une analyse critique de la littérature et seront accompagnées d'une bibliographie spécifique.

Seuls sont référencés ici certains documents de l'ANAES et d'organismes étrangers, et un nombre limité d'articles jugés importants par les membres du groupe de travail.

1. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique. Paris: ANDEM; 1994.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques. Paris: ANAES; 1996.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Le manuel d'accréditation des établissements de santé. Paris: ANAES; 1999.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français. Paris: ANAES; 1999.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation. Un guide pratique. Paris: ANAES; 1999.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: ANAES; 2000.
7. Association of Maryland Hospitals and Health Systems. The Quality Indicator Project. Document électronique : www.qiproject.org
8. Australian Council on Healthcare Standards. Clinical Indicators. A user's manual : surgery indicators. Fitzroy: ACHS; 1997.
9. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-56.
10. Berwick DM, Nolan TW. Physicians as leaders in improving health care: a new series in *Annals of Internal Medicine*. *Ann Inter Med* 1998; 128: 289-92.
11. Blumenthal D. Part 1: Quality of care : what is it? *N Engl J Med* 1996; 335 :891-4.
12. Blumenthal D, Epstein AM. Quality of health care. Part 6: The role of physicians in the future of quality management. *N Engl J Med* 1996; 335: 1328-31.
13. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: Measuring quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 966-70
14. Brunelle Y, Saucier A. Les indicateurs et le système de soins. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux ; 1999.
15. Champagne F, Contandriopoulos AP, Pineault R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1985; 33: 173-81.
16. Chassin MR. Quality of health care. Part 3: improving the quality of care. *N Engl J Med* 1996; 335: 1060-3.
17. Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. Guide pour l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs de rendement. Ottawa: CCASS; 1996.

18. Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé. Indicators and the AIM Accreditation Program, Ottawa: CCASS; 2001.
19. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2000; 48: 517-39.
20. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed ? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
21. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull* 1992; 18: 356-60.
22. Duprat P. Le «benchmarking», méthodologie de comparaison et d'amélioration des performances : nouvelle mode managériale ou outil transférable pour le secteur de la santé ? *Gest Hosp* 1996; (356): 370-6.
23. Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17: 7-25.
24. Fahey P, Ryan S. Quality begins and ends with data. *Qual Prog* 1992; 25: 75-9.
25. Gibberd R, Pathmeswaran A, Burtenshaw K. Using clinical indicators to identify areas for clinical improvement. *J Qual Clin Pract* 2000; 20: 136-44.
26. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data : avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999; 319: 94-8.
27. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Performance measurement. 1999. Document électronique: http://www.jcaho.org/oryx_frm.html
28. Kazandjian VA, Wood P, Lawthers J. Balancing science and practice in indicator development: the Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 39-46.
29. Kimberly JR, Minvielle E. *The Quality Imperative. Measurement and management of quality in healthcare.* London: Imperial College Press; 2000.
30. Kritchevsky S, Simmons B. Guide to the development of key process indicators. *Medical Audit News* 1993; 3: 100-1.
31. Lohr KN. Outcome measurement : concepts and questions. *Inquiry* 1988; 25: 37-50.
32. Lombraïl P, Naiditch M, Baubeau D, Cuneo P, Carlet J. Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions d'une comparaison. *Études et Résultats.* Décembre 1999 ; 42.
33. Michel P, Mougeot C. Les indicateurs de qualité en France en 1997. *Gest Hosp* 1999; (385): 268-74.
34. Michel P, Salmi LR, Sibé M, Salmi MT. Évaluer les processus en santé: importance et limites actuelles. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2000; 48: 571-82.
35. Minvielle E, De Pourville G. La mesure de la qualité des soins : un défi et un enjeu de santé publique. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2001; 49: 113-5.
36. Minvielle E, Grelier-Sennelier C. Une mesure régulière de la performance en matière de qualité de la prise en charge des malades est-elle possible ? Enseignements d'une expérience concrète. *J Écon Méd* 2001 ; 19 : 131-46.
37. National Health Service. Quality and performance in the NHS : clinical indicators. June 1999. Document électronique : <http://www.doh.gov.uk/indicat/nhsci1.pdf>
38. Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. *Ann Inter Med* 1998; 128: 460-6.
39. Saucier A, Brunelle Y. Les indicateurs et la gestion par résultats. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux;1995.
40. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Millbank Q* 1998; 76: 593-624.

ANNEXE

QUELQUES PROBLÈMES CONCRETS POSÉS PAR LA CONSTRUCTION ET L'UTILISATION D'UN INDICATEUR INTERNE À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ :

LE DÉLAI D'ATTENTE AVANT UNE CONSULTATION DE CHIRURGIE

La Fondation de l'Edelweiss est un établissement de santé privé à but non lucratif participant au service public hospitalier. Son activité est, pour l'essentiel, tournée vers la chirurgie et les activités interventionnelles :

- chirurgie orthopédique et traumatologique, 2 800 actes/an dont 18 % d'urgences ;
- chirurgie digestive et viscérale, 2 000 actes dont 15 % d'urgences ;
- urologie, 2 600 actes ;
- ORL et ophtalmologie, 3 000 actes ;
- endoscopies digestives, 1 100 actes.

32 % des actes sont pratiqués en conditions ambulatoires.

Lors de son engagement dans la procédure d'accréditation en février 2001, l'établissement a exprimé le choix d'une visite dans le deuxième semestre 2004. Parallèlement à cet engagement et à la suite de plusieurs courriers de plaintes, l'équipe de direction a souhaité – avec le soutien de la conférence médicale d'établissement – que soit entreprise sans tarder une analyse des délais d'attente avant les consultations de chirurgie. La coordination de l'ensemble des démarches d'amélioration de la qualité, de maîtrise des risques et de préparation de la procédure d'accréditation a été confiée à un « qualitatif » senior venant d'être recruté. Ce directeur de la qualité et des risques (DQR) est donc conduit à reprendre le dossier des délais de consultation en chirurgie. Il s'interroge d'abord sur la nature et le contexte du problème.

I. QUEL ÉTAIT LE PROBLÈME DE DÉPART ?

La nécessité d'une évaluation des délais d'attente avant les consultations de chirurgie s'était imposée après que la direction de la Fondation de l'Edelweiss eut reçu, en environ un an, onze lettres de patients se plaignant de l'attente avant les consultations de chirurgie digestive et viscérale (6 plaintes) ou urologique (5 plaintes). Rassemblant quelques-uns des chirurgiens et des soignants concernés, le DQR apprend qu'il y a, dans deux bâtiments différents, deux sites de consultation comportant chacun deux box : l'un pour la chirurgie digestive et viscérale, l'urologie et les endoscopies, le second pour les autres activités. En équipe, le processus de la consultation est analysé, car le DQR veut comprendre quel est le délai qui pose problème.

Il apparaît ainsi que les plaintes portaient exclusivement sur la durée passée dans la salle d'attente, immédiatement avant la consultation. En particulier, le délai d'obtention d'un rendez-vous, l'accès à l'établissement et les formalités d'accueil n'étaient jamais évoqués dans ces courriers. Les délais d'attente mentionnés étaient importants (de 1 h 30 à 2 h 45). L'une des lettres de plainte avait été en partie reproduite dans la presse locale.

II. QUELS PEUVENT ÊTRE LES OBJECTIFS D'UNE ÉVALUATION DES DÉLAIS D'ATTENTE AVANT LES CONSULTATIONS DE CHIRURGIE ?

Les informations relatives au contexte de mise en œuvre d'une évaluation des délais d'attente avant les consultations de chirurgie sont importantes pour le DQR. En effet, la méthode de mise en œuvre de l'indicateur (taille et nature de l'échantillon, évaluation externe ou participation des professionnels eux-mêmes, pilotage de l'équipe d'évaluation, choix des indicateurs éventuellement associés, type de suivi continu ou discontinu, etc.) peut être différente selon l'objectif principal poursuivi.

Or une telle évaluation peut s'inscrire dans des contextes et répondre à des objectifs extrêmement différents, par exemple :

- s'intégrer dans une démarche d'évaluation systématique, entreprise *a priori* sur ces secteurs, dans le cadre de la politique qualité de l'établissement ;
- démontrer que l'établissement satisfait aux exigences de la procédure d'accréditation, notamment la référence OPC 3 (l'établissement met en œuvre une politique d'accueil du patient et de son entourage) et son critère OPC 3 e (des dispositions sont prises pour réduire les délais d'attente), ou la référence QPR 2 (un processus de gestion de la qualité prévoyant une prise en compte des besoins des « clients » est en place) ;
- aider à une réorganisation des activités de consultations dans l'établissement, ou à une optimisation de l'utilisation des ressources en personnels ou à une meilleure ergonomie ;
- faire partie d'une stratégie d'évaluation de la satisfaction de la clientèle en vue de son amélioration *a priori* ou dans un but de conquête au travers d'un plan de communication ;
- ou s'inscrire, comme ici, dans une logique de résolution de problème, voire de prévention de contentieux.

III. QUI DOIT (OU PEUT) PILOTER ET PARTICIPER À CETTE ÉVALUATION DES DÉLAIS D'ATTENTE AVANT LES CONSULTATIONS DE CHIRURGIE ?

L'indicateur s'inscrit donc dans une démarche. Ainsi qu'il a été précisé précédemment, le DQR a noté que cette démarche avait été décidée par les instances dirigeantes de l'établissement. Dans un autre contexte, elle aurait pu être souhaitée par un responsable qualité, par une équipe d'auto-évaluation, par un collège des cliniciens consultants, etc. Le DQR doit résoudre le problème de l'association des professionnels à la démarche. Il est certes possible de procéder de manière externe, par exemple en confiant l'évaluation et son interprétation à un prestataire.

Mais le DQR considère qu'il est préférable d'associer des représentants de tous les professionnels concernés à la démarche, de sorte à favoriser la qualité de l'évaluation, la pertinence de l'interprétation de ses résultats, et, finalement, l'acceptation des mesures d'amélioration qui pourraient s'avérer nécessaires. Il décide donc de constituer autour de lui une équipe regroupant les opérateurs consultants, les infirmières et secrétaires intervenant à la consultation, les deux personnes chargées de traiter les questionnaires de satisfaction de l'établissement et le médecin conciliateur. Lors d'une première réunion, cette équipe convient de rassembler et d'analyser l'ensemble des informations déjà disponibles sur les consultations de chirurgie, de construire une méthode de mesure des délais d'attente adaptée à ces informations et de la mettre en œuvre, puis de restituer les résultats obtenus aux instances et de leur proposer quelques axes d'amélioration.

IV. COMMENT FAIRE AU PLUS SIMPLE ET AU PLUS EFFICACE ?

Pour cette équipe, rassembler les informations déjà disponibles est en effet une étape essentielle dans toute démarche d'amélioration de la qualité. Cela évitera des évaluations redondantes et cela permettra de mieux cerner le périmètre de la mesure ainsi que d'orienter au mieux le recueil des informations utiles à l'interprétation des données sur le délai d'attente aux consultations. Il est ainsi décidé que les données issues des questionnaires de satisfaction remplis par les clients de l'établissement et concernant les consultations seront réanalysées.

À ce stade, l'équipe de travail doit déjà répondre à quelques questions :

- l'analyse doit-elle porter sur le seul secteur de consultation incriminé ou sur les deux ? Le souci de simplicité plaide pour la première hypothèse. Néanmoins, il est décidé, avec le soutien des professionnels, de conduire l'évaluation sur les deux secteurs. Le personnel est en partie commun et il est formulé l'hypothèse selon laquelle les solutions apparemment satisfaisantes adoptées pour le fonctionnement de l'un des sites pourraient être adaptées à l'autre ;
- l'analyse doit-elle se limiter au délai passé dans la salle d'attente avant la consultation ? L'équipe y est plutôt favorable, puisqu'il n'est retrouvé aucun argument pour un problème à une autre étape du processus. Elle note cependant qu'il est inutile d'établir des statistiques sur ce délai si on ne dispose pas des informations permettant d'interpréter ces statistiques. Par exemple : quels sont les différents types de consultations effectuées ? Certaines présentent-elles des particularités ? Quel est le nombre des consultants vus chaque jour ? Comment les consultations sont-elles programmées ? Tous les opérateurs procèdent-ils de la même manière ? Au total, la mesure des délais d'attente en vue de la correction d'éventuels dysfonctionnements nécessite d'une part une analyse précise du processus avec la description du déroulement de ses différentes étapes, et d'autre part une analyse parallèle de l'activité.

V. QUELLES MODALITÉS DE RECUEIL POUR L'INDICATEUR LUI-MÊME ?

- Afin de disposer d'une image représentative du fonctionnement, l'équipe de travail décide de relever, durant deux semaines « typiques » (hors vacances, congrès, travaux, etc.), le délai de présence des patients dans la salle d'attente avant la consultation.

Il est convenu, *a priori*, de mesurer d'une part le délai entre l'heure d'entrée dans la salle d'attente et l'heure d'entrée dans le cabinet de consultation, et d'autre part le délai entre l'heure prévue et l'heure réelle d'entrée dans le cabinet de consultation.

- Le recueil sur un registre de ces informations simples pour environ 450 patients représente une charge de travail supplémentaire jugée limitée, qui est acceptée sans difficultés par les infirmières de consultation. Le DQR assurera le traitement des données et la mise en forme des résultats.
- Il est également décidé d'élaborer un questionnaire court et ouvert à l'intention des patients : une feuille A4 *recto*, une phrase expliquant que l'établissement cherche à améliorer le déroulement des différentes étapes des consultations, avec des questions ouvertes sur la qualité perçue et notamment les délais d'attente, associées à quelques questions fermées – notamment une échelle à 5 niveaux. Il est prévu d'administrer ce questionnaire, rendu anonyme, à 20 premiers consultants consécutifs de chacun des 17 opérateurs, le questionnaire rempli étant restitué après la consultation à l'hôtesse d'accueil de l'établissement.

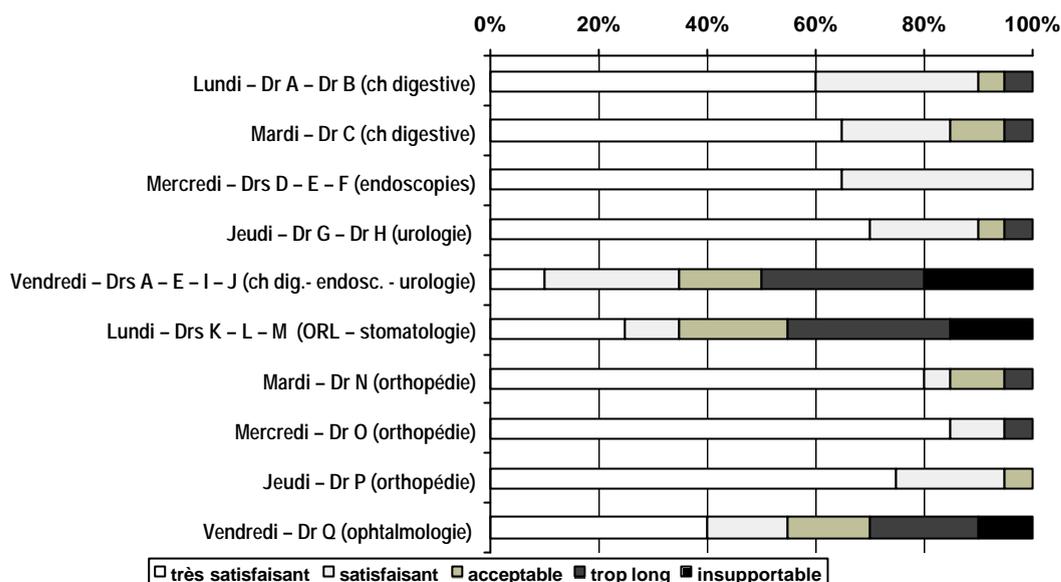
VI. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

- Le recueil des délais se déroule ainsi que les professionnels l'avaient prévu. La motivation des infirmières pour ce travail est excellente ; elles inscrivent des informations complémentaires qu'elles jugent utiles à l'interprétation des résultats. Le tableau suivant rapporte les principaux d'entre eux.

SITE	Date	Nbre de consultations (sur 2 semaines)	Délai entre l'arrivée en salle d'attente et le début de la consultation (min)	Délai entre l'heure prévue et l'heure réelle du début de la consultation (min)
I	Lundi – Dr A – Dr B (ch digestive)	48	Min : 1 Max : 37 Quartile inf : 4 Médiane : 6 Quartile sup : 9	Min : -13 Max : 34 Quartile inf : -7 Médiane : 0 Quartile sup : 10
	Mardi – Dr C (ch digestive)	24	Min : 1 Max : 31 Quartile inf : 5 Médiane : 8 Quartile sup : 18	Min : - 8 Max : 35 Quartile inf : -2 Médiane : 7 Quartile sup : 20
	Mercredi – Drs D – E – F (endoscopies)	30	Min : 1 Max : 17 Quartile inf : 5 Médiane : 8 Quartile sup : 10	Min : -9 Max : 23 Quartile inf : -3 Médiane : -2 Quartile sup : 9
	Jeudi – Dr G – Dr H (urologie)	75	Min : 1 Max : 15 Quartile inf : 4 Médiane : 8 Quartile sup : 10	Min : -5 Max : 18 Quartile inf : 2 Médiane : 6 Quartile sup : 8
	Vendredi – Drs A – E – I – J (ch digestive – endoscopies - urologie)	54	Min : 2 Max : 140 Quartile inf : 21 Médiane : 38 Quartile sup : 66	Min : 1 Max : 155 Quartile inf : 20 Médiane : 37 Quartile sup : 63
II	Lundi – Drs K – L – M (ORL – stomatologie)	75	Min : 5 Max : 92 Quartile inf : 15 Médiane : 21 Quartile sup : 45	Min : 3 Max : 88 Quartile inf : 12 Médiane : 19 Quartile sup : 37
	Mardi – Dr N (orthopédie)	32	Min : 1 Max : 21 Quartile inf : 6 Médiane : 7 Quartile sup : 9	Min : -5 Max : 18 Quartile inf : 2 Médiane : 4 Quartile sup : 6
	Mercredi – Dr O (orthopédie)	32	Min : 1 Max : 19 Quartile inf : 5 Médiane : 8 Quartile sup : 10	Min : -4 Max : 23 Quartile inf : 2 Médiane : 5 Quartile sup : 9
	Jeudi – Dr P (orthopédie)	32	Min : 1 Max : 15 Quartile inf : 3 Médiane : 8 Quartile sup : 10	Min : -9 Max : 12 Quartile inf : 2 Médiane : 6 Quartile sup : 9
	Vendredi – Dr Q (ophtalmologie)	40	Min : 20 Max : 46 Quartile inf : 28 Médiane : 31 Quartile sup : 34	Min : -1 Max : 54 Quartile inf : 14 Médiane : 28 Quartile sup : 41

Min : délai minimal (les valeurs négatives correspondent à des consultants arrivés en avance et vus dès leur arrivée ou avant l'heure prévue). **Max** : délai maximal. Quartiles : le délai est inférieur ou égal à la valeur **médiane** pour 50 % des consultants, au **quartile inférieur** pour 25 % d'entre eux, et au **quartile supérieur** pour 75 %.

- Grâce à des sollicitations répétées, le taux de réponses au questionnaire de perception auprès des patients est jugé très bon (82 %). Quelques extraits des résultats sont rapportés sur le graphique suivant :



Le groupe de travail se réjouit de la précision des résultats obtenus grâce à cette analyse jour par jour. Une évaluation isolée des délais d'attente, globale et non associée au relevé de l'ensemble des éléments du contexte, n'aurait pas permis de documenter les problèmes. Chacun convient que ces difficultés étaient connues, mais que – faute de volonté collective et de données objectives – leur analyse n'avait pas été approfondie.

Il apparaît que les évaluations effectuées révèlent en réalité trois problèmes différents :

- Le premier concerne l'activité du vendredi sur le site I (Drs A, E, I, et J – chirurgie digestive, endoscopies et urologie). C'est ce problème qui est à l'origine de la démarche. L'analyse rétrospective des plaintes montre en effet que toutes concernaient un vendredi. Ce problème a des causes simples. Le site I ne dispose que de deux box de consultation. Il avait de longue date été admis que les Drs A et E pourraient glisser quelques patients parmi les consultants des urologues I et J; l'activité des quatre praticiens ayant augmenté, et la facilité aidant, le planning était devenu chroniquement surchargé, avec des retards en cascade. Devant les faits, les Drs A et E acceptent de transférer leurs consultations complémentaires : A le mardi, où la consultation de C est peu chargée ; et E le mercredi où il lui reste encore des plages disponibles.
- Les deux autres problèmes sont des découvertes, puisqu'elles concernent le site II sur lequel aucune plainte n'avait jamais été observée. Le groupe de travail observe que la salle d'attente du site II est plus récente, qu'elle est plus confortable et dispose d'une télévision... peut-être ceci explique-t-il que les patients, objectivement mécontents, n'aient pas écrit pour se plaindre. Pour les participants du groupe, ces découvertes sont relatives.
 - En effet, chacun savait que les trois consultants du lundi avaient des difficultés en ne travaillant qu'avec deux box disponibles. Le Dr L accepte de déplacer sa consultation au mercredi, où une place est libre.

- Et chacun savait aussi que le Dr Q débutait chaque vendredi ses consultations avec une bonne demi-heure de retard, générant une cascade de difficultés... Le Dr Q promet de régler ce problème.

À l'analyse de ces résultats, l'équipe de direction propose de profiter des travaux de réhabilitation programmés deux ans plus tard pour regrouper les consultations sur un seul site disposant d'un cinquième box, pour plus de souplesse.

Avec le soutien du DQR, le groupe de travail met en place un dispositif de suivi léger (mesure des délais d'attente pour chaque jour et chaque site une fois par an, le choix étant effectué de manière aléatoire dans les périodes de forte activité). Il est convenu de mentionner les points saillants de la démarche dans l'auto-évaluation conduite pour la procédure d'accréditation.