

FICHE

Description des étapes d'élaboration des indicateurs de qualité des parcours de soins

Validée par le Collège le 6 mai 2021

L'essentiel

Ce document décrit les différentes étapes de définition, de développement et de validation des indicateurs de qualité (IQ) des parcours de soins. Les IQ sont des outils à disposition des acteurs de l'offre de soins pour mesurer la qualité des soins et le résultat pour le patient. Cela s'applique aussi bien aux IQ de processus que de résultats évalués par les professionnels. Cela ne concerne pas les indicateurs de qualité perçue par les patients, qui feront l'objet pour chaque parcours d'un document spécifique.

La source peut être le dossier patient ou équivalent, ou les bases de données nationales.

Les bases de données nationales correspondent aux bases de données médico-administratives, telles que le Système national des données de santé (dont les bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] et du datamart de consommation inter régime [DCIR]) ainsi que d'autres bases nationales médicalisées (exemple : plateformes dédiées aux forfaits « pathologies chroniques »). Par ailleurs, le dossier patient peut être disponible sous plusieurs formes, informatisé ou en format papier.

Chaque étape est détaillée :

- définition des indicateurs de qualité des parcours ;
- développement des indicateurs de qualité des parcours ;
- validation des indicateurs de qualité des parcours ;
- actualisation des indicateurs de qualité des parcours.

Définition des indicateurs de qualité de parcours de soins.

La définition des indicateurs comprend un certain nombre de critères :

- **pertinence clinique** de l'indicateur : capacité de l'indicateur à avoir un lien potentiel avec la qualité et la sécurité des soins (exemples : référence professionnelle, organisationnelle et/ou réglementaire) ;
- **pertinence pour l'amélioration** : capacité de l'indicateur à induire une dynamique d'amélioration de la qualité des soins ;
- **validité de contenu** (cadre nosologique) : capacité de l'indicateur à représenter les dimensions importantes d'un concept d'intérêt ;
- **identification des sources de données disponibles** pour le calcul de l'indicateur (dossiers des patients, registres de pratique, observatoires, cohortes, bases de données médico-administratives).

Ce travail est mené grâce à une analyse de la littérature et un groupe de travail multidisciplinaire d'experts composé des acteurs concernés par le parcours de soins.

Le livrable attendu est une **fiche descriptive par indicateur** (voir annexe) répondant à tous les critères précités. Dans cette fiche descriptive, les sources de données sont identifiées. En revanche, à cette étape, les codes (CCAM, CIM-10, ATC, ...) ne sont pas recherchés.

Développement des indicateurs de qualité de parcours de soins à partir des bases de données nationales

Une fois définis, les IQ de parcours peuvent être **développés**.

Pour cela, plusieurs étapes sont utiles :

- ➔ **Une étape de rédaction des spécifications techniques pour la détection des événements recherchés (numérateur) et de la population cible, pour l'ajustement/standardisation aux facteurs de risque et pour le calcul de l'indicateur dans la base de données utilisée.**

Cette étape se fait grâce à la mobilisation d'experts des nomenclatures, des bases de données médico-administratives (BDMA) et de cliniciens.

- ➔ **Une étape de validation des spécifications techniques et de production de résultats préliminaires des IQ grâce à des analyses statistiques.**

Cette étape doit aboutir à valider un certain nombre de critères :

- **ajustement – standardisation** [application aux indicateurs de résultats] : il s'agit de la traduction des facteurs de risque identifiés en codes/variables disponibles dans la base de données utilisée et de la mesure de la performance du modèle ;
- **capacité discriminante** : capacité de l'indicateur à mesurer une différence de qualité et sécurité des soins et à objectiver une marge de progrès existante par rapport à une référence ;
- **variabilité territoriale et/ou inter-offreurs de soins** : capacité de l'indicateur à discriminer les territoires / offreurs de soins par l'observation d'une variabilité du résultat (régions,

départements, territoires de santé, établissements de santé, GHT, regroupements de professionnels, professionnels de santé libéraux, ...),

- **écart à un objectif de performance** : capacité de l'indicateur à identifier une marge d'amélioration par l'observation d'un écart à un seuil de performance (exemples : benchmark publié dans une revue de la littérature ou référence nationale) ;
- **stabilité temporelle** : capacité de l'indicateur à produire dans le temps des résultats cohérents sur deux années consécutives au niveau national, ou sur plusieurs régions par exemple.

Ce travail est mené avec des statisticiens et datamanagers formés aux bases de données médico-administratives. Il est validé avec le groupe de travail d'experts multidisciplinaire. Les livrables attendus à cette étape sont différents rapports décrivant les **spécifications techniques validées (fiche descriptive détaillée)**, **les résultats nationaux et les résultats régionaux**, ainsi que les programmes statistiques permettant de calculer les résultats.

Validation des indicateurs de qualité de parcours de soins à partir des bases de données nationales

C'est la dernière étape pour **valider un indicateur**. Il s'agit d'analyser la performance de l'indicateur, étape requise pour toute utilisation externe, en plus du pilotage de la qualité par les offreurs de soins. Pour cela, il faut remplir le critère **validité de critère** qui mesure la capacité de l'indicateur à produire des résultats comparables à ceux produits à partir du « gold standard » (dossiers de patients, registre de pratiques, observatoire, cohorte, ...). Il s'agit ici de la capacité à identifier les événements recherchés dans la population ciblée.

La validité de critère est évaluée à l'aide de mesures statistiques (exemples : sensibilité, spécificité valeur prédictive positive ou négative, selon la fréquence de l'évènement mesuré) en comparaison au « **Gold-Standard** ».

Ce travail est mené grâce à des structures qui mettent en œuvre des études ad hoc requises. Le livrable attendu est un **rapport de validation** de l'indicateur incluant une mesure statistique adaptée (exemple : la valeur prédictive et une description chiffrée des faux positifs/ faux négatifs constatés).

Actualisation des spécifications techniques (algorithme) pour le calcul de l'indicateur de qualité (cf. développement)

Cette étape est réalisée :

- en cas d'évolution des nomenclatures en lien avec l'indicateur ;
- après déploiement de l'indicateur afin de tenir compte du retour d'expérience des professionnels.

Elle permet si nécessaire l'actualisation de l'algorithme pour les IQ mesurés à partir des bases de données nationales.

Ce travail est mené grâce à la veille sur l'évolution des nomenclatures et de l'architecture des bases de données assurée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), et au retour par les professionnels suite au déploiement des indicateurs.

Le livrable attendu est une **actualisation** des spécifications techniques.

Annexe - Fiche descriptive Définition / Développement/ Validation

Titre court		
	Définition	Développement
Description	Décrire précisément ce qui est mesuré par l'indicateur.	
Pertinence clinique /Intérêt de l'indicateur	Argumentaire scientifique, intérêt en termes de santé publique ou politique nationale sur lesquelles l'indicateur s'appuie, étayé par des recommandations de bonnes pratiques, organisationnelles et/ou références réglementaires...	
Pertinence pour l'amélioration/ Objectifs / Améliorations attendues	<p>Décrire ici ce qui est attendu en termes d'amélioration clinique (exemple : diminution du taux de ... chez les patients ...) au regard de la littérature, des points critiques du parcours définis et de l'avis du groupe de travail.</p> <p>Identifier la valeur de référence publiée si elle existe, pour objectiver une marge d'amélioration attendue.</p>	
Population cible (Validité de contenu)	Définition clinique.	Spécifications techniques pour identifier la population cible (critères d'inclusion et d'exclusion, codes utilisés si l'indicateur est issu des BDMA...).
Dénominateur (Validité de contenu)	<p>Définition clinique</p> <p>Il peut s'agir de la population cible (exemple : taux), il peut être différent de la population cible (exemple : ratio du nombre observé sur attendu d'événements) ou bien être non applicable (exemple : indicateurs de délai).</p>	Spécifications techniques pour identifier le dénominateur, si différent de la population cible (critères d'inclusion et d'exclusion, codes utilisés si l'indicateur est issu des BDMA...).
Numérateur (Validité de contenu)	<p>Définition clinique</p> <p>Il peut s'agir de la mesure d'une complication (exemple des <i>Patient Safety Indicators</i>), d'une pratique professionnelle recommandée ... ou bien être non applicable (exemple : indicateurs de délai).</p>	Spécifications techniques pour identifier le numérateur (critères d'inclusion et d'exclusion, codes utilisés si l'indicateur est issu des BDMA...).
Sources de données disponibles	PMSI, DCIR, dossier patient, registre, cohorte...	Année(s) des données utilisées.

Type d'indicateur	Processus Résultat (préciser si l'indicateur nécessite d'être ajusté)	
Mode d'expression du résultat	Taux, ratio, délai, ...	
Limites de la mesure	Décrire les limites liées aux données utilisées dans les bases (exemples : disponibilité, exhaustivité et fiabilité des codes permettant d'identifier la population ciblée et l'évènement recherché dans les bases...).	Décrire : - les limites liées aux données utilisées pour identifier les facteurs de risque dans l'ajustement en termes de disponibilité, exhaustivité, fiabilité des codes utilisés ; - les limites liées à l'interprétation des résultats.

La phase de développement doit permettre de rédiger des spécifications techniques, valider un certain nombre de critères et de produire des résultats.

Ajustement / Standardisation	Préciser si l'indicateur nécessite d'être ajusté ; Si oui préciser les variables d'ajustement par exemple âge, sexe, comorbidités.	
Stratification	Le cas échéant, définir plusieurs populations sur lesquelles l'indicateur peut être mesuré.	
Mode de calcul	Formule mathématique du calcul.	
Niveau de calcul de l'indicateur	Préciser le niveau de calcul de l'indicateur : offreurs de soins (établissements de santé, groupements, professionnels), territoire, région, département...	
Offreurs de soins concernés par l'indicateur	Préciser quels professionnels ou organisations de santé impliqués dans le parcours de soins (qu'ils soient en cabinet de ville, maison de santé, centre de santé, établissement de santé, réseaux de santé...) sont concernés par le résultat de l'indicateur.	
Restitution du résultat de l'indicateur aux offreurs de soins	<p>Modalités de restitution : par exemple dans une plateforme sécurisée, dans un rapport, etc.</p> <p>Informations restituées : valeur de l'indicateur +/- informations complémentaires pour aider à l'interprétation du résultat.</p> <p>Format de restitution : par exemple, restituer le résultat de l'indicateur dans un graphique type diagramme en entonnoir (<i>funnel plot</i>).</p>	
Version de l'indicateur	Date et version de l'indicateur.	

La phase de validation doit permettre de définir les modalités d'utilisation en dehors du pilotage de la qualité par les offreurs et si le résultat de l'indicateur est attribuable à un(des) offreur(s) de soins (en attente Rapport méthodologique – Validation par comparaison à un gold standard : validité de critère)

Modalités d'utilisation de l'indicateur	Pilotage de la qualité par les offreurs de soins, diffusion publique, intégration dans un modèle de financement ...
Imputabilité du résultat à l'offreur de soins	Justifier que le résultat de l'indicateur est attribuable ou non à (ou aux) offreur(s) de soins concerné(s). Par exemple : si le résultat de l'indicateur est dépendant de l'organisation territoriale et non de la pratique d'un professionnel, le résultat ne peut pas être imputable au professionnel pourtant concerné par l'indicateur.

Ce document a été élaboré par le Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS) de la HAS.

Liste des participants :

- Karen Assmann, chef de projet, statisticienne ;
- Dr Linda Banaei-Bouchareb, chef de projet ;
- Anaëlle Coquelin, chef de projet, statisticienne ;
- Marie Erbault, chef de projet ;
- Nelly Le Guen, chef de projet, statisticienne ;
- Dr Laetitia May-Michelangeli, chef de service ;
- Sandrine Morin, adjointe au chef de service
- Caroline Prunet, chef de projet, statisticienne ;
- Dr Nathalie Riolacci, chef de projet ;
- Anaïs Sitruk, chef de projet, statisticienne.

Toutes nos publications sont téléchargeables sur www.has-sante.fr