

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SERIE
SOURCES ET METHODES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

**Projet COMPAQH 2^{ème} phase
(2006-2009)**

Rapport Final

COMPAQH - INSERM

n° 18 – avril 2011

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Sommaire	5
Note de synthèse	7
COMPAQH 2ème phase : Contexte	9
Grands axes du développement des indicateurs	10
Vingt-six indicateurs proposés à la généralisation par Compaqh 2	10
Extension des indicateurs sur la tenue du dossier du patient	11
Indicateurs en prolongement des Plans Nationaux	12
Plan « urgences »	12
Plan « douleur »	12
Plan « nutrition/santé »	12
Plan « AVC »	13
Principaux développements cliniques	13
Amplification du développement dans le secteur de la santé mentale	13
Autres développements	14
Expertise sur les thèmes de la sécurité des patients et de la mortalité	14
Prise en charge des maladies chroniques	15
Synthèse	16
Les modes d'utilisation des indicateurs	19
Pilotage interne au sein des établissements de santé	19
Situations à améliorer	19
Facteurs-clés du management de la qualité	20
Appropriation des indicateurs par les professionnels	20
Diffusion publique de l'information	20
Injustice liée aux méthodes de classement	20
Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité de soins	21
Agrégation des mesures de la qualité	22
Incitation financière à la performance en matière de qualité	23
Publications et communications orales	25
Références	27
Annexes	29

Note de synthèse

Le présent rapport développe les travaux menés dans le cadre du projet COordination de la Mesure et Amélioration de la Performance Hospitalière (COMPAQH) durant la période 2006-2009. Rappelons que ce projet, débuté en mars 2003, est depuis soutenu par le Ministère de la Santé (la DGOS et la DREES entre 2006-2009) et la Haute autorité de santé, et reconduit jusqu'en 2012 sous le nom de Compaq-Hpst.

Entre 2006 et 2009, plusieurs faits principaux sont à relever, tant sur le plan du développement des indicateurs que de leurs modes d'utilisation.

Développement des indicateurs

- Ce projet participe à l'effort de généralisation des indicateurs développés par les pouvoirs publics. Ainsi, outre la participation au développement du tableau de bord des infections nosocomiales, ce projet est à l'origine des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé (au sein du service Ipaqss), et qui font l'objet d'une diffusion publique obligatoire par les établissements de santé [1]. En 2008, ils étaient au nombre de 11 : tenue du dossier du patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, et 6 indicateurs relatifs à la prise en charge de l'infarctus du myocarde (à la sortie de l'hospitalisation). Depuis 4 autres indicateurs obligatoires concernant le secteur Soins de Suite et Réadaptation, et un optionnel (concernant le risque d'escarre) se sont rajoutés. D'autres sont en cours de généralisation comme l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, les conditions de mise en œuvre d'une enquête de satisfaction, ou encore l'extension des indicateurs relatifs à la tenue du dossier du patient aux secteurs de santé mentale et de l'hospitalisation à domicile. **Au total, ce sont 32 indicateurs qui ont ainsi été adressés aux pouvoirs publics depuis 2004 pour une généralisation, dont 26 durant la période 2006-2009.** Ces indicateurs ont en commun d'apporter suffisamment de preuve de leur faisabilité et de leur robustesse. Et parmi ces 32 indicateurs, 24 ont été généralisés par les pouvoirs publics.
- **26 indicateurs sont également en développement**, notamment dans le prolongement de plans nationaux (comme par exemple, le temps de passage aux urgences). Enfin Compaqh a participé à différentes expertises (notamment sur les possibilités de développement d'indicateurs de sécurité, incluant les indicateurs de mortalité hospitalière).
- **Enfin, certains indicateurs ont été abandonnés** faute d'éléments de preuve suffisants (comme par exemple l'absentéisme de courte durée ou le turn-over des patients dont la comparaison inter-établissement apparaît inutile). Ce bilan est détaillé dans le tableau 1.

L'ensemble de ces développements se situe en réponse à des demandes des pouvoirs publics, exprimées en début (2006) ou en cours de mandat, témoignant de la nécessaire flexibilité de ce type de projet.

Modes d'utilisation

- Le développement des indicateurs n'étant pertinent que s'il conduit à une amélioration de la qualité, l'étude de leurs modes d'utilisation constitue en soi un sujet d'étude. Afin de renforcer le cycle vertueux « évaluation par l'indicateur/amélioration », un outil d'analyse des

« **situations à améliorer** » au sein d'un établissement de santé a été conçu (2008-2009). Par ailleurs, une liste de **facteurs-clés prédictifs de l'amélioration de la qualité** observée à travers les mesures chiffrées est en cours de développement. Ces deux démarches doivent aboutir à des outils opérationnels (situations à améliorer les plus fréquentes, auto-évaluation de la capacité à s'améliorer sur la base des facteurs-clés) aidant les établissements de santé dans leur politique d'amélioration de la qualité.

- Parallèlement, une expertise sur **l'impact de la diffusion publique** de résultats sur la qualité et sur le type d'indicateurs utilisés dans le cadre de ces classements a été réalisée éclairant les notions de « choix du consommateur éclairé » et d'incitation au comportement des professionnels (2007-2008). La recherche sur la **capacité à développer un score composite** est en cours, la première recherche portant sur les indicateurs relatifs à la prise en charge de l'infarctus du myocarde [2].

- Enfin, le thème de la **rémunération à la performance/qualité** a fait l'objet d'une expertise, traduite par l'organisation d'un séminaire conjoint Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins – Haute autorité de santé – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, en février 2008, et d'un rapport proposant un cadre évaluatif des initiatives sur le thème (septembre 2008).

Tous ces développements ont fait l'objet d'une production tant sur le plan académique que sur le plan de l'animation de la recherche composée de : **six publications dans des revues avec comité de lecture**, dix communications orales ou en tant que conférenciers invités dans des colloques internationaux, de cinq rapports sur des thèmes spécifiques, et de participations à des journées de valorisation. Une réunion plénière a également été organisée chaque année faisant état de ces éléments.

Le rapport présente les travaux réalisés par type d'objectifs : ceux relatifs au développement des indicateurs (partie 3), puis ceux relatifs à l'utilisation de ces indicateurs (partie 4). Enfin, sont développées les activités de publications / communications et de valorisation (partie 5).

Les personnes, établissements et institutions participant au projet Compaqh sont présentées en annexe (annexes 7.3 à 7.7). Les annexes contiennent également une fiche descriptive pour chaque indicateur détaillant de son état de développement (annexe 7.1).

COMPAQH 2^{ème} phase : Contexte

L'objectif général de Compaqh est d'apporter aux pouvoirs publics et aux professionnels travaillant au sein des établissements de santé des outils de mesure, et un éclairage sur de nouvelles formes d'amélioration de la qualité des soins fondées sur ces mesures.

Le projet a débuté en mars 2003 pour une durée de 3 ans. Le travail accompli a principalement consisté à développer des indicateurs issus d'une liste de thèmes choisis par consensus avec des établissements de santé en fonction d'objectifs prioritaires. Une méthodologie a ainsi été conçue définissant **huit objectifs prioritaires** : Lutter contre la Douleur ; Assurer la continuité de la prise en charge des patients ; Lutter contre les troubles nutritionnels ; Lutter contre le risque iatrogène ; Améliorer la satisfaction des patients ; Respecter les bonnes pratiques cliniques ; Accroître la motivation, la responsabilisation et l'évaluation des compétences des professionnels au contact du patient ; Garantir l'accessibilité. Quarante-deux indicateurs ont dans un second temps été sélectionnés afin de représenter chacun de ces objectifs sur des critères de pertinence, de faisabilité, de qualité métrologique et de cohérence avec les démarches existantes en France ou à l'étranger [3].

Reconduit pour 3 ans, en avril 2006, le développement d'indicateurs s'est poursuivi à partir d'un programme fixé par le Ministère de la Santé et la HAS. L'utilisation de ces indicateurs en tant que nouveaux modes de régulation de la qualité des soins a été étudiée en complément de leur développement. Cette seconde phase a été prolongée jusqu'à la fin de l'année 2009.

Le projet s'appuie sur un panel de 41 établissements sélectionnés par le Ministère de la Santé sur des critères de représentation géographique et de représentativité (taille, statut) (cf. annexe 7.6). L'ensemble des travaux présentés fait l'objet d'une validation régulière :

- Avec les membres du comité de pilotage,
- Les membres du comité de suivi,
- L'ensemble des établissements lors des réunions plénières annuelles.

L'équipe de coordination est composée en moyenne de dix personnes, la majorité étant financée sur les crédits alloués au projet, associant chercheurs, médecins de santé publique, statisticiens, assistants de recherche en qualité et gestionnaire de projet (cf. annexe 7.7). De plus, des collaborations régulières sont engagées :

- Avec les organismes professionnels et institutionnels compétents pour élaborer et actualiser les indicateurs sélectionnés (cf. annexe 7.3) ;
- Avec les référents des établissements pour engager les recueils, les valider et présenter les résultats (cf. annexe 7.6) ;
- Avec les chercheurs en économie et sciences sociales pour problématiser les thèmes d'analyse (cf. annexe 7.4).

Grands axes du développement des indicateurs

Durant la période, Compaqh 2 a maintenu une file active de 42 indicateurs à tester. Cela signifie que dès qu'une conclusion était rendue sur le développement d'un indicateur (généralisable, abandonné), il était remplacé par un autre. L'évolution des demandes des pouvoirs publics a également conduit à réviser les priorités de développement. Mais il faut surtout noter que certains développements ont été subordonnés à des attentes de cadrage plus précises sur la demande. En effet, le développement de certains indicateurs est resté en suspens, faute d'un consensus entre les acteurs concernés sur le développement souhaité.

Le tableau de synthèse (tableau 1) présenté à la fin de cette partie récapitule l'ensemble de ces travaux.

Vingt-six indicateurs proposés à la généralisation par Compaqh 2

En 2005, six indicateurs avaient été proposés pour une généralisation :

- les cinq indicateurs étudiés dans le cadre du tableau de bord des infections nosocomiales (ICSHA, ICATB, ICALIN, SURVISO, SARM) ;
- la satisfaction du patient hospitalisé.

Depuis 2006, **vingt-six indicateurs** ont été adressés au Ministère de la Santé et à la HAS pour une potentielle généralisation, du fait qu'ils avaient réuni à la fin de leur développement suffisamment d'éléments de preuve en faveur de leur généralisation :

- Les quatre relatifs au dossier du patient en MCO : la tenue du dossier du patient ; le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ; la traçabilité de l'évaluation de la douleur ; le dépistage des troubles nutritionnels ;
- La conformité du dossier d'anesthésie ;
- Les quatre indicateurs relatifs au dossier du patient en SSR : la tenue du dossier du patient en SSR ; le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation au médecin traitant en SSR ; la traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSR ; le dépistage des troubles nutritionnels en SSR ;
- Les six indicateurs relatifs à la prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (prescription d'aspirine ; prescription de bêta-bloquant ; prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion ; prescription de statine et suivi à distance du bilan lipidique ; sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ; délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac) ;
- Les six indicateurs relatifs à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (Détermination du type de l'AVC, Délai de détermination du type de l'AVC ; Thrombolyse intraveineuse après infarctus cérébral ; Evaluation par un masseur-kinésithérapeute et/ou un orthophoniste, Aspirine après infarctus cérébral ; Délai de réalisation de l'évaluation par un masseur-kinésithérapeute et/ou un orthophoniste) ;
- La traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre ;
- La conformité des demandes d'examen d'imagerie ;
- L'accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle ;

- La conformité des règles d'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- Les délais d'attente en consultation externe. Pour ce dernier, la généralisation reste subordonnée à une réflexion d'ensemble sur le développement de systèmes d'information permettant une remontée automatique des données. Par ailleurs, cet indicateur a été testé principalement dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC). Il est désormais nécessaire de le confronter aux autres types d'établissements.

Deux thèmes mis en expertise ont été achevés. Enfin pour **huit** d'entre eux, le développement a été abandonné.

Au total, Compaqh a achevé le développement de 42 indicateurs. Parmi ces 42, 32 ont été transmis pour une généralisation et 24 indicateurs ont été généralisés par les pouvoirs publics, processus de généralisation au cours duquel le projet Compaqh a apporté son expertise.

Extension des indicateurs sur la tenue du dossier du patient

Dans le cadre de la procédure de certification coordonnée par la HAS, il a été demandé à Compaqh de développer pour les autres secteurs que le MCO des indicateurs sur la tenue du dossier du patient plus spécifiques que ceux transférés en 2006. L'objectif est d'adapter la batterie d'indicateurs développée en MCO issue de la même analyse (tenue du dossier du patient, dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte, traçabilité de l'évaluation de la douleur, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation) avec la possibilité de décliner des thématiques spécifiques.

La première adaptation a concerné le SSR. La généralisation était prévue pour fin 2009. Débuté début 2008, le développement a été réduit à 18 mois du fait de la collaboration avec la HAS notamment concernant le second test. En effet, jusqu'à présent, les deux tests, réalisés avec les établissements du panel Compaqh, étaient séparés d'une période d'un an afin de ne pas surcharger les établissements. Cette situation entraînait une durée de développement d'au moins deux ans pour un indicateur. Le deuxième test réalisé avec la HAS et les fédérations hospitalières a permis de réduire ce temps de développement à 18 mois.

L'essentiel du développement s'est porté sur l'adaptation de l'indicateur sur la tenue du dossier du patient, mettant en avant le projet thérapeutique et la coordination entre les professionnels. Le thème sur les escarres a été développé dans ce secteur, en même temps que les indicateurs sur le dossier du patient dans un souci d'économie de temps mais aussi du fait de la pertinence de la thématique. Néanmoins il n'en est pas spécifique. Généralisé sous le statut d'indicateur optionnel fin 2009, il a intéressé 88 % des SSR ayant fait le recueil avec la HAS. Il devrait être déployé pour le MCO fin 2010.

Ce schéma d'organisation, mis en place pour le SSR, ayant démontré son efficacité (généralisation des indicateurs sur le dossier du patient mise en œuvre fin 2009 comme prévue) il a été reproduit pour le secteur de la santé mentale et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Les indicateurs sur le dossier du patient en psychiatrie et ceux concernant l'HAD, tous débutés en janvier 2009, seront transférés en juin 2010 pour être généralisés en janvier 2011. Avec le développement d'indicateurs pour l'hospitalisation à domicile, Compaqh aura

couvert tous les secteurs d'hospitalisation, permettant ainsi aux pouvoirs publics d'avoir des outils spécifiques pour les évaluer.

Indicateurs en prolongement des plans nationaux

Les indicateurs développés dans ce domaine visent à générer une dynamique sur des points d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En aucun cas, ils ne servent à étudier l'impact du plan mis en œuvre.

Plan « urgences »

Dans le cadre de l'évaluation du plan « urgences », Compaqh a collaboré avec la DHOS dans son analyse, tout au long de l'année 2008. Les travaux antérieurs de Compaqh avaient abouti au développement d'un indicateur sur le délai existant entre l'arrivée du patient dans le service d'accueil des urgences et le premier contact médical. Ils avaient mis en exergue les difficultés relatives à un enregistrement homogène de l'évaluation de la sévérité des patients. Un consensus a émergé entre les institutions et les représentants professionnels, notamment issus de la Société française de médecine d'urgence, afin de développer un indicateur sur le temps de passage aux urgences validé dans le contexte français.

L'indicateur de climat organisationnel au sein des équipes de soins, déjà testé pour les services de réanimation et de bloc opératoire, doit également être adapté aux services d'urgences.

Plan « douleur »

Compaqh a travaillé sur deux indicateurs concernant l'objectif prioritaire n° 1 « Lutter contre la douleur » : un indicateur est généralisé sur la traçabilité de la douleur dans le dossier du patient dans les secteurs MCO et SSR (également applicable à l'HAD), et un autre abandonné sur le traitement des patients douloureux.

En 2008, une réflexion est initiée par la DHOS, en lien avec divers représentants du plan national douleur, afin de proposer d'autres indicateurs. Diverses pistes ont été explorées. La conception reste dépendante d'un consensus sur la demande exacte de développement.

Plan « nutrition/santé »

Dans le cadre de l'objectif prioritaire n° 3 « Lutter contre les troubles nutritionnels », Compaqh a développé un indicateur désormais généralisé en MCO sur le « Dépistage des troubles nutritionnels ». Cet indicateur repose sur la recherche de la trace dans le dossier du patient du poids, de la variation du poids et de l'indice de masse corporelle. Adapté et généralisé en SSR, il a été repris et évalué en psychiatrie et en HAD, notamment du fait des échanges avec Professeur Zazzo (comité de pilotage du PNNS 2006-2010).

Le thème de l'évaluation du statut nutritionnel pour des personnes jugées à risques (enfants, personnes atteintes de handicap, personnes âgées, oncologie, chirurgie digestive) a été envisagé mais sans aboutir.

L'indicateur spécifique à l'« éducation thérapeutique », est traité dans une analyse plus transversale dans le cadre de l'objectif prioritaire n° 9 « Coordination des soins ». Sa construction nécessite de définir, en lien avec les autorités publiques, les critères de qualité jugés pertinents par les professionnels auteurs du guide méthodologique validé fin 2007. La conception reste dépendante d'un consensus sur la demande de développement.

Plan « AVC »

Compaqh est engagé dans la réflexion coordonnée par la DHOS sur le développement d'indicateurs relatifs à l'ensemble de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux dans le cadre de la mission ministérielle qui doit rendre ses conclusions en juin 2009. La poursuite des travaux est en attente de la politique de développement des indicateurs sur le sujet.

Principaux développements cliniques

Trois grands domaines ont été abordés lors de Compaqh 2 dans le secteur MCO :

La cardiologie : dans le prolongement des indicateurs sur l'infarctus du myocarde transférés en juin 2006, le développement sur la prise en charge hospitalière du syndrome coronarien aigu a été initié en 2007 (détails dans les fiches mises en annexe). Il s'achèvera en 2010.

La gynécologie où deux thèmes distincts ont été abordés : la prise en charge du cancer du sein et l'hémorragie du post-partum.

La néphrologie en couvrant l'insuffisance rénale chronique (IRC) et l'hémodialyse. Ce dernier thème, mis en développement en 2008 se continuera sur l'année 2010. Quant à l'IRC, il est le thème pilote du développement des indicateurs de parcours de soin.

Amplification du développement dans le secteur de la santé mentale.

Trois thèmes relatifs aux pratiques cliniques étaient au programme de travail du projet : « Sevrage du patient alcoolo-dépendant », prise en charge dite transversale ; « Utilisation des chambres d'isolement », « Traitement par électroconvulsivothérapie ».

Mis en œuvre lors de Compaqh 2, les résultats obtenus sont divers et détaillés dans les fiches individuelles. L'indicateur sur la prise en charge par « électroconvulsivothérapie » a été abandonné suite aux résultats du test (cf. fiche de l'indicateur). En revanche, les indicateurs « Sevrage du patient alcoolo-dépendant » et « Utilisation des chambres d'isolement » ont été poursuivis. Compaqh rendra ses conclusions sur le thème de l'alcoolo-dépendance en 2010 et poursuivra les tests sur le thème des chambres d'isolement.

Un quatrième indicateur, « délai de rendez-vous pour une consultation en Centre médico-psychologique (CMP) » a été discuté en vue d'un deuxième test avec les professionnels des établissements et avec les représentants des sociétés savantes. La décision a été prise de l'abandonner pour des questions de faisabilité et d'impossibilité de comparaison des résultats, les travaux de la MeaH constituant une aide dans le cadre d'une évaluation interne.

Enfin, les indicateurs sur le dossier du patient en psychiatrie débutés en janvier 2009 seront transférés en juin 2010 pour être généralisés en janvier 2011.

Autres développements

Expertise sur les thèmes de la sécurité des patients et de la mortalité

Culture de sécurité et PSI

Sur la culture de sécurité, il s'avère que deux équipes françaises travaillent déjà sur le même objectif, à savoir le transfert du questionnaire nord-américain de l'*Agency for Healthcare Research for Quality* (AHRQ).

L'expertise sur les indicateurs de sécurité met pour sa part en lumière les points suivants :

- L'appréciation de la sécurité ne peut se limiter à la mesure d'indicateurs. D'autres méthodes d'évaluation plus qualitatives telles que les « *triggers tools* », l'approche « *Near miss / incidents rates* », ou le type de liste d'évènements proposée par l'étude IATROREF, ainsi que le développement d'une « culture de sécurité » sont nécessaires.
- Les indicateurs de sécurité sont à un stade de développement variable selon les pays. Si l'importance des thèmes est partagée par les experts, leur construction concrète dépend de spécificités propres à chaque pays (système d'information, mode d'organisation des soins, culture), ce qui suppose de définir des priorités nationales dans le développement des indicateurs, comme c'est le cas avec le développement de l'indicateur sur la iatrogénie médicamenteuse.
- À ce jour, parmi les 20 indicateurs de l'AHRQ construits sur des données PMSI, 5 apportent légèrement plus d'éléments de preuve pour une comparaison inter-établissements (fréquence, qualité métrologique, ajustement) : les quatre indicateurs relatifs aux traumatismes obstétricaux et celui concernant l'ulcère de décubitus. Ils ne sont néanmoins pas sans biais. En l'état, les indicateurs fondés sur les données PMSI relèvent plus actuellement d'une analyse interne à l'établissement que d'une comparaison inter-établissements. Si le recueil systématique est envisagé dans les hôpitaux en France, il faudra développer une méthode adaptée au PMSI en se basant notamment sur les travaux de l'équipe de l'OCDE. La généralisation de la tarification à l'activité et l'évolution du système de groupage peuvent favoriser la qualité du codage, mais ne facilitent pas l'exhaustivité du codage d'évènements non rémunérés. Les biais relevés dans le cadre de ce rapport en matière de codage montrent que tout un travail de retranscription, d'adaptation et de renforcement de la fiabilité des données est nécessaire si l'on souhaite développer des ISP sur la base du PMSI. Enfin, relativement à l'ulcère de décubitus, Compaqh a transféré à la généralisation un indicateur concernant l'évaluation du risque à l'entrée dans une visée préventive et développe un indicateur composite mêlant le respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques et la prévention dans le sens « dynamique de l'établissement ».
- Enfin, tout développement dans le domaine est subordonné à une harmonisation des systèmes de recueil et une simplification des circuits. Il semble important de coordonner le travail de relevé d'évènements indésirables, voire de clarifier la définition de ces événements en établissant des listes consensuelles et univoques.

Thème de la mortalité

Relativement au thème de la mortalité, Compaqh a déjà travaillé sur un indicateur issu des données PMSI (mortalité dans les GHM à faible risque) et s'est heurté aux difficultés suivantes : difficultés d'ajustement, notamment dues à la considération d'un index valide prenant en compte des co-morbidités dans le contexte français, à la fiabilité des données, et surtout à l'occurrence faible de la survenue de l'événement qui limite l'intérêt de la comparaison. Par ailleurs, Compaqh a produit un rapport sur l'état actuel du développement des indicateurs dont les résultats sont rendus publics, dans lequel est présentée la situation relative à la diffusion de résultats sur les taux de mortalité [4]. Différents enseignements sont tirés quant à l'application d'indicateurs de ce type dans le contexte français, le rapport étant consultable sur le site du projet : www.compaqh.fr

Médicaments et iatrogénie

En 2008, la HAS en lien avec la Société française de pharmacie clinique (SFPC) a proposé de constituer un groupe de travail associant l'ensemble des partenaires, y compris les prescripteurs, avec comme objectif la production d'un indicateur à faire expérimenter dans le cadre de Compaqh. Le développement poursuivi en 2009 avait comme objectif un indicateur composite dans le champ de la iatrogénie médicamenteuse, hors dispositifs médicaux. Les travaux ont été suspendus en septembre 2009 en attente de la publication de l'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et ceux médico-sociaux.

Prise en charge des maladies chroniques

Ce thème pose la question générale du développement d'indicateurs sur l'ensemble de la filière/parcours de soins. Dans ce domaine, le développement d'un indicateur relatif à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC) est engagé avec la Société française de Néphrologie. Les indicateurs couvrent actuellement des aspects de prise en charge au sein des établissements de santé. Des contacts avec l'assurance maladie ont été établis afin d'envisager une extension de l'indicateur à l'ensemble du parcours de soin.

La gestion et l'évaluation des plaintes des patients.

La prise en compte du point de vue du patient est transversale à de nombreux indicateurs, au-delà de l'objectif prioritaire spécifique qui lui est consacré. Compaqh a participé à cet égard au développement de l'indicateur « satisfaction des patients » durant deux années.

En 2008 un groupe de travail a été constitué pour concevoir un indicateur sur les plaintes et les réclamations. Ce groupe qui réunit les différentes sensibilités sur ce thème dont les représentants du CISS, s'est appuyé sur les travaux réalisés par la DHOS sur le sujet.

Synthèse

L'ensemble de ces travaux englobe de nombreuses réunions de travail avec les professionnels de chaque domaine (cf. annexe 7.3 « collaborations avec les institutions/professionnels »). Depuis sa création, Compaqh a ainsi engagé un travail sur 63 indicateurs, dont 42 ont fait l'objet de conclusions (indicateurs généralisés, proposés à la généralisation et les indicateurs abandonnés) et a produit une expertise sur 2 thèmes.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ensemble de l'activité du projet lors de sa seconde phase. L'évolution de ces indicateurs est présentée au sein des fiches descriptives présentées dans la partie 6.

**Tableau 1 - Développement des indicateurs du programme Compaqh depuis 2004
(Liste arrêtée au 31 décembre 2009)**

Développements terminés (42)

Indicateurs soumis à la généralisation (32)	Année de transfert
Consommation des antibiotiques pour 1000 journées-patient*	2005
Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (ICALIN)*	2005
Satisfaction du patient hospitalisé	2005
Taux d'infections du site opératoire (SURVISO)*	2005
Taux de staphylocoques aureus résistant à la métilcilline (SARM) pour 1000 journées-patient*	2005
Volume annuel de produits hydro-alcooliques par journée-patient (ICSHA)*	2005
Conformité du dossier anesthésique*	2006
Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation*	2006
Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte*	2006
Tenue du dossier patient*	2006
Traçabilité de l'évaluation de la douleur*	2006
Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle*	2007
Conformité des demandes d'examens d'imagerie*	2007
Pratique clinique : Prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë* (composé de 6 indicateurs)	2007
Pratique clinique : Prise en charge hospitalière initiale de l'accident vasculaire cérébral (composé de 6 indicateurs)	2007
Délai d'attente en consultation externe	2008
Réunion de concertation pluridisciplinaire*	2008
Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation en SSR*	2009
Dépistage des troubles nutritionnels en SSR*	2009
Tenue du dossier patient en SSR*	2009
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre*	2009
Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSR*	2009
*Indicateurs généralisés par les pouvoirs publics	
Expertise produite (2 thèmes)	
Culture de sécurité	
Indicateurs de sécurité sur données PMSI incluant le taux de mortalité dans les GHM à faible risque de survenue de décès (20 indicateurs)	
Indicateurs abandonnés (8)	
Absentéisme de courte durée des professionnels au contact du patient	
Turnover des professionnels au contact du patient	
Annulation d'actes ambulatoires réalisés sous anesthésie	
Actes de violence en psychiatrie	
Délai de rendez-vous en Centre Médico-Psychologique (CMP)	
Pratique clinique : Prise en charge des effets secondaires des traitements	
Pratique clinique : Traitement par électroconvulsivothérapie	
Prévention des chutes des patients hospitalisés	

.../...

Thèmes en développement (26)

Thèmes en cours au 31/12/2009 (11)

Conformité du dossier patient en HAD (5 indicateurs)
Conformité du dossier patient en PSY (3 indicateurs)
Modalités du sevrage du patient alcoolo-dépendant à la phase initiale
Prévention et prise en charge des hémorragies du post partum
Prise en charge du patient hémodialysé
Prise en charge hospitalière initiale des syndromes coronariens aigus
Prise en charge organisationnelle du cancer du sein
Climat organisationnel au sein des équipes de soins
Temps de passage aux urgences
Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique
Prise en charge du diabète de type 2

Thèmes en attente de cadrage au 31/12/2009 (15)

Admission en structure de soins de suite et de réadaptation
Bilan pré-thérapeutique du cancer de la prostate non métastatique
Césariennes
Champ de la iatrogénie médicamenteuse
Coordination de la prise en charge et suivi social / Évaluation médicale et sociale des patients hospitalisés en longue durée en psychiatrie
Éducation thérapeutique dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques / Évaluation du statut nutritionnel pour les personnes à risque
Évaluation des plaintes et expériences des patients
Gestion du risque d'escarres en établissements de soins
Prise en charge de l'asthme
Prise en charge de l'insuffisance cardiaque
Prise en charge de la douleur
Prise en charge du cancer du côlon non métastatique
Prise en charge en urgence des suicidants
Suivi de l'utilisation des chambres d'isolement
Suivi de recommandations de bonne pratique

Les modes d'utilisation des indicateurs

Trois niveaux sont distingués concernant les modes d'utilisation des indicateurs. Le premier a trait au pilotage interne au sein des établissements de santé, le second à la diffusion publique de l'information (renvoyant généralement aux classements), le troisième à l'incitation financière à la qualité (« paying for quality » ou « paying for performance » en anglais).

Pilotage interne au sein des établissements de santé

Il existe un prolongement naturel à considérer qu'une fois validés, les indicateurs seront utilisés au sein des établissements de santé à des fins d'amélioration de la qualité. Dans cette perspective, Compaqh a engagé un programme de recherche depuis novembre 2007 afin d'aider les établissements dans leur entreprise. Ce programme est décliné en trois opérations de recherche qui visent à répondre aux trois questions suivantes : (i) Quelles sont les situations à améliorer ? (ii) Quels sont les facteurs-clés du management de la qualité ? (iii) Quelle est l'appropriation des indicateurs par les professionnels ?

Situations à améliorer

Cette opération vise à aider les établissements à interpréter leurs résultats des indicateurs afin de s'améliorer. Il s'agit de comprendre comment « traduire » les résultats obtenus en sources d'amélioration, exercice qui n'est pas spontané. Ainsi, l'opération de recherche se décompose en trois étapes :

- Déterminer les principales « situations » de non-conformité relatives aux indicateurs étudiés.
- Identifier les dimensions managériales correspondant aux situations à améliorer.
- Développer un outil d'aide au diagnostic des sources d'amélioration de la qualité : les sources sont nommées « situations » et l'outil « grille des situations ».

L'étude a été réalisée en collaboration avec 32 établissements issus du panel Compaqh et associés au projet. L'analyse a été centrée sur les indicateurs qui sont généralisés dans le cadre de la procédure de certification coordonnée par la HAS : tenue du dossier du patient, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte.

La méthodologie s'appuyait sur les principes d'une analyse qualitative afin de construire une typologie des situations pour chaque indicateur. Cette typologie sert de base au développement de 5 grilles de recueil des situations à améliorer. La conception de l'outil s'est déroulée durant le premier semestre 2008. Les résultats ont conduit à une première version de cette grille (Rapport d'analyse « Étude Pilotage Interne / Résultats des grilles des situations », août 2008, consultable sur le site : www.compaqh.fr). Cette démarche doit être systématisée dans le cadre de Compaqh-Hpst.

Facteurs-clés du management de la qualité

La seconde opération vise à établir une liste de facteurs-clés qui permettent d'optimiser les programmes d'amélioration mis en œuvre à partir des indicateurs. Cette opération doit aboutir à l'élaboration d'un outil opérationnel d'évaluation à destination des établissements de santé.

Cette opération s'appuie sur la méthodologie suivante :

- Construction d'un modèle théorique des facteurs-clés par une revue de littérature (1^{ère} version de la liste) ;
- Transfert de la liste ainsi obtenue au contexte français (2^{nde} version de la liste) ;
- Réalisation d'études de cas dans 4 établissements (types et statuts divers) pour étudier empiriquement la présence et le contenu donné à chaque facteur (3^{ème} version de la liste) ;
- « Validation » de cette liste par l'application d'une méthode de recherche de consensus formalisée auprès d'un panel d'experts constitué de professionnels des établissements participants au projet (4^{ème} version de la liste).

En 2010, une analyse sur la corrélation de ces facteurs avec les résultats obtenus au niveau des indicateurs généralisés dans le cadre de la procédure de certification coordonnée par la HAS devrait être réalisée (de bons résultats devant être corrélés avec la présence des facteurs) afin de définitivement valider la liste de ces facteurs-clés et les considérer comme prédictifs d'une amélioration de la qualité.

Appropriation des indicateurs par les professionnels

Un travail sur l'appropriation des indicateurs par les professionnels a été réalisé dans le cadre d'un mémoire de recherche, en lien avec le Professeur Philippe Lorino (ESSEC). La méthodologie s'est appuyée sur une revue de littérature et une étude de cas de 2 établissements avec la réalisation d'entretiens qualitatifs et de l'observation sur le terrain. Il a permis de mettre en évidence une combinaison d'usage bureaucratique et de véritables pratiques d'amélioration à partir des indicateurs, ces conclusions devant aider à optimiser l'utilisation de ces outils de mesure [5].

Diffusion publique de l'information

Dans ce domaine, la période 2007-2009 a été marquée par quatre opérations. Le résultat de ces travaux est consultable sur le site www.compaqh.fr.

Injustice liée aux méthodes de classement

Le thème de l'injustice liée aux méthodes de classement a fait l'objet d'un travail d'évaluation des différentes méthodes les plus utilisées pour classer les établissements (percentile, méthode avec intervalle de confiance, simple rang, méthode hiérarchique). Réalisée durant le premier semestre 2007 par l'équipe statistique de l'équipe Compaqh, en collaboration avec Jean-Louis Golmard de l'université Paris VI (Unité Biostatistique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière), elle montre la sensibilité du classement au choix de la méthode utilisée. Une note sur le sujet est disponible sur le site : www.compaqh.fr.

Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité de soins

Ce thème est composé de deux opérations. La première est la définition d'un cadre d'analyse de ces nouvelles manières de rendre des comptes (traduction française de la notion anglo-saxonne d'« accountability ») que constituent les classements hospitaliers. Réalisée en 2007, elle montre que les classements hospitaliers poursuivent quatre objectifs : (i) répondre au besoin de transparence ; (ii) éclairer le choix du patient ; (iii) modifier le comportement des professionnels ; (iv) réduire l'asymétrie entre les tutelles et les établissements de santé [6, 7]. S'appuyant sur une analyse des bases ICALIN 2005 et 2006 ainsi que sur une série d'entretiens avec des acteurs-clés (professionnels de soins, régulateurs et membres des administrations centrales, et représentants des usagers), ce cadre a donné une interprétation des premiers résultats du tableau de bord.

L'autre étude est une revue de la littérature visant à décrire l'impact des classements dans les initiatives étrangères [4]. S'appuyant sur la revue de 337 articles et la visite de 50 sites Internet, elle apporte les enseignements suivants :

- Le développement de classements par des régulateurs/payeurs de systèmes de soins s'est nettement accéléré ces dernières années. Les États-Unis sont pionniers dans le domaine. Mais d'autres pays ont emboîté le pas (Royaume-Uni, Danemark, Allemagne, Canada, notamment).

- Les palmarès de médias participent à ce mouvement, maintenant une activité importante dans le domaine.

- Ces classements sont principalement centrés sur la qualité des soins. Les thèmes les plus fréquemment observés sur les sites sont par ordre décroissant : les respects de bonnes pratiques cliniques, le domaine de la satisfaction et de l'évaluation du point de vue du patient (plainte, expérience), la mortalité (mais avec une controverse récurrente sur leur emploi), la sécurité, la continuité des soins (par exemple, la tenue du dossier du patient) et l'accessibilité. Des indicateurs de volume d'activité, de durée moyenne de séjour et de gestion de ressources humaines sont également retrouvés.

- Cette diffusion croissante de classements sur des sites Internet crée une inégalité informationnelle susceptible de défavoriser les populations les plus vulnérables.

- L'effet sur le patient en termes de choix semble modeste même si le comportement de ce dernier semble évoluer au fur et à mesure de la publication de ces classements.

- La diffusion publique représente une incitation pour que les professionnels s'engagent dans l'amélioration de la qualité. Mais des études complémentaires mériteraient de situer cet effet dans les tendances naturelles d'amélioration, et vis-à-vis de la fiabilité des données.

- Les évidences des travaux antérieurs sur l'impact de la diffusion publique ne prédisent pas l'importance de cet impact dans le futur, étant donné l'évolution importante du nombre de ces programmes et l'apprentissage de leur utilisation.

- L'analyse est limitée par un biais de sélection des sites orientée principalement vers les classements nord-américains. Il s'avère que la littérature est essentiellement portée sur ces mêmes classements. Ce biais peut créer le risque de transférer trop rapidement des concepts ou méthodes. Notamment, le choix du consommateur « éclairé » est un objectif majeur poursuivi dans le cadre d'un système américain principalement composé d'un marché concurrentiel. L'incitation à l'amélioration du comportement des professionnels est prédominante dans les systèmes de type « régulation administrée », comme observé au Royaume-Uni.

En regard, six principes sont proposés pour accompagner le développement des classements par les pouvoirs publics français : (i) Assurer la compréhension par le grand public ; (ii) Définir les objectifs poursuivis et les thèmes retenus ; (iii) Garantir la crédibilité des résultats ; (iv) Assurer une économie dans les modes de recueil ; (v) Accompagner les professionnels dans leurs efforts d'amélioration ; (vi) Évaluer l'impact de la diffusion publique.

Agrégation des mesures de la qualité

Ce travail doit permettre d'améliorer les connaissances sur l'agrégation des données et la création d'indices composites.

Une demande plus spécifique de la part de la HAS et de la DREES a été adressée au projet Compaqh en août 2009, sur la « possibilité de créer un indicateur composite à partir des six indicateurs généralisés par la HAS en 2008 ou à défaut un rapport présentant la justification de la non pertinence scientifique de la construction d'un tel indicateur ». Ce travail a été réalisé et a conduit à un rapport adressé à la HAS et la DREES en janvier 2010. Il a bénéficié de l'expertise de Marc Le Vaillant (ingénieur de recherches CNRS) et de l'aide d'une stagiaire de 3ème année de l'ISUP.

Une analyse de l'existant a tout d'abord été réalisée, qui montre que les indicateurs composites sont largement diffusés dans de nombreux domaines, puisque plus de 300 sont développés aujourd'hui par les organismes internationaux. Plus spécifiquement dans le domaine de la santé, l'OMS a créé en 2000 un indicateur composite sur l'évaluation de la performance des systèmes de santé et des initiatives internationales telles que le NCQA, le NHS ou des initiatives privées proposent des classements agrégés.

En parallèle, différentes controverses scientifiques accompagnent ces initiatives, ou expriment les plus grandes réserves quant à leur développement. Plusieurs études montrent les risques d'injustice associés au classement de producteurs de soins sur une telle base, et dénoncent la faible transparence des critères de choix des méthodes d'agrégation retenues.

Cinq méthodes d'agrégation, pour agréger 5 indicateurs généralisés relatifs à la prise en charge de l'IDM à la sortie, ont été sélectionnées à partir d'une revue de la littérature et adaptées au cas présent. Les résultats montrent une sensibilité du classement à la méthode d'agrégation ; en effet, 80 % des ES changent de classe en fonction des méthodes.

Étant donné ce résultat, l'absence d'argument statistique en faveur d'une méthode, et l'absence d'équivalence entre ces mêmes méthodes, deux orientations peuvent être envisagées : considérer que les réserves quant à l'emploi d'une méthode d'agrégation sont suffisantes pour ne pas développer de scores composites ; ou qu'un score composite est nécessaire, et dans ce cas, la présentation des résultats doit s'accompagner d'une information sur les critères du choix de la méthode utilisée, ainsi que sur les limites inhérentes aux résultats.

Les perspectives de recherche sur ce sujet sont multiples : i) considérer l'agrégation d'autres indicateurs cliniques, notamment dans le cadre des filières de soins ; ii) étudier le lien entre chacun des scores composites et un indicateur de résultat tel que le taux de mortalité post-infarctus ; iii) analyser les changements de classes au cours du temps avec deux années

consécutives de données sur la méthode retenue ; iv) envisager une agrégation plus générale au niveau de l'établissement.

Incitation financière à la performance en matière de qualité

Ce thème s'est traduit par deux actions : (i) l'organisation d'un séminaire le 6 février 2008 conjoint HAS-Ministère de la santé – assurance maladie ; (ii) la réalisation d'un rapport sur le sujet.

Le séminaire du 6 février 2008 en présence de Madame Annie Podeur (DHOS), Monsieur Laurent Degos (HAS) et Monsieur Frédéric Van Roekeghem (assurance-maladie), a permis de considérer les perspectives d'une application dans le contexte français. Il a également permis d'établir un état des lieux des cas anglais et américains, sur la base des interventions des Pr. Victor Rodwin (Université de New York) et Peter Smith (Université de York).

Le rapport se situe dans le prolongement de ce séminaire (consultable sur le site du projet www.compaqh.fr). L'état des lieux montre qu'aux États-Unis, plus de 100 initiatives sont identifiables, émanant essentiellement du secteur assurantiel privé, représentant 50 millions d'assurés, et concernant isolément ou d'une manière associée, des groupes de médecins (51 %), des médecins individuels (28 %), ou des établissements de santé (21 %). Dans le secteur public, Medicare (Centre for Medicare and Medicaid Services, CMS), organisme public d'assurance maladie couvrant les personnes âgées, a lancé depuis 2004 différentes expérimentations concernant tant le secteur hospitalier que des groupes de médecins. À la demande du congrès américain, CMS prépare l'incorporation du « P4P » dans le système de rémunération affectant l'ensemble des 42 millions d'assurés.

En Grande Bretagne, le British National Health Service a lancé en avril 2004 le programme « Quality & Outcomes Framework » concernant l'ensemble de 53 millions patients enregistrés parmi les 8.400 groupes de médecins de famille (n=25.500). Celui-ci a provoqué une amélioration apparente de la qualité des pratiques professionnelles (jugée à partir d'une évaluation de 146 indicateurs couvrant différentes conditions cliniques, l'expérience des patients, des aspects préventifs, organisationnels, d'utilisation des ressources et de développement des systèmes d'information). 3,2 milliards de dollars ont été alloués à ce programme, donnant aux médecins la possibilité d'améliorer leurs revenus de 25 % en moyenne (40.000 dollars en plus par médecin et par an). D'autres pays ont emboîté le pas plus récemment.

Dans ces initiatives, la nature des incitations varie. Elle peut être positive (le plus souvent), ou assortie de pénalités, traduisant en règle générale une augmentation des revenus des médecins ou des budgets hospitaliers. Ces raisonnements s'établissant sous contrainte financière forte, la plupart des initiatives soulignent que l'investissement en cas d'incitation positive peut être financièrement neutre pour le régulateur (par exemple, en modulant les systèmes de paiement existants), voire assurer un retour d'investissement à moyen terme (par exemple, en réduisant les gaspillages associés à des hospitalisations injustifiées médicalement, ou dus à des défauts de qualité qui auraient pu être évités).

Ces initiatives convergent pour montrer un réel impact en matière d'amélioration de la qualité, quoique parfois modeste, sans doute faute d'un recul suffisant. Elles soulignent

également des effets inattendus (principalement, des biais de sélection dans la population éligible : des patients aux conditions socio-économiques précaires rendant l'objectif de performance plus difficile à atteindre ne sont pas inclus, au risque de creuser des inégalités ; mais aussi, un investissement dans les systèmes d'information). Notons enfin qu'en Grande Bretagne, les résultats à la fin de la première année ont montré une réponse très élevée à l'incitation : au lieu des 75 % attendus, près de 97 % des médecins ont atteint les objectifs des indicateurs, le programme coûtant finalement 900 millions de dollars de plus que prévu.

Sur cette base, dix principes ont été proposés pour évaluer les initiatives en France : (i) garantir une expertise sur les indicateurs (justifier les objectifs poursuivis, garantir une validité métrologique, contrôler la fiabilité des données) ; (ii) Établir des priorités dans l'application de l'incitation (favoriser des modes de travail coopératifs, valoriser simultanément l'effort et le résultat ; établir un choix dans les thèmes de la performance : qualité, coordination des soins dans les affections de longue durée et prévention) ; (iii) Être incitatif sous contrainte de ressources ; (iv) Mixer cette rémunération avec les autres modes de paiement ; (v) Associer la rémunération avec d'autres incitations à la qualité ; (vi) Établir un dialogue avec les professionnels/patients ; (vii) Développer l'infrastructure informationnelle nécessaire ; (viii) Établir une phase d'expérimentation ; (ix) Établir une lecture collective des initiatives ; (x) Évaluer l'action publique et animer la recherche.

En complément, un travail sur les relations coût-qualité était envisagé. Ce travail, en collaboration avec l'IRDES (Zeynep Or, Anissa Affrite, Thomas Raynaud), visait à développer des modèles économétriques analysant la relation coût-qualité dans le cas de la lutte contre les infections nosocomiales, dans un premier temps. Ce travail mobilise des bases de données, tant sur le plan des ressources financières que sur celui des résultats en matière d'infections nosocomiales (ICALIN et base des C-CLIN). Or, l'accès à des bases de données financières comparatives public-privé s'est avéré impossible en 2008 et 2009.

Publications et communications orales

Compaqh est un projet de recherche à visée opérationnelle. Dans ce cadre, une activité du projet renvoie à la réalisation de publications académiques (cf. annexe 7.2). Elle se traduit sur la période écoulée par :

- 6 articles dans des revues à comité de lecture (BMC Health Service Research, Revue d'épidémiologie et de santé publique, Journal d'économie médicale). Parallèlement, deux articles sont actuellement en cours de révision dans des revues à comité de lecture.
- 10 communications orales dont deux en tant que conférencier invité (congrès de l'International Society for Quality in HealthCare; Conference of the German Society for Quality Management in Health Care (GQMG); European Society for Quality in Healthcare (ESQH; International Conférence on Health Economics, Management & Policy ; AIMS, « Défis des organisations de santé : Défis des sciences de gestion »).
- 7 posters (23th International Society for Quality in Health Care; 25th ISQuA congress; Berlin International Forum-BMJ; 9^{èmes} Journées Nationales de l'Escarre).

Parallèlement, une activité du projet Compaqh vise à produire des articles dans des revues diffusées dans le champ professionnel. À cet égard, deux articles dans la revue « Risques et Qualité » ont été acceptés sur l'état des lieux et les développements en matière d'indicateurs de sécurité des soins.

L'équipe Compaqh participe également à des manifestations nationales centrées sur la qualité des soins. Ces interventions se font en lien avec les fédérations, les réseaux régionaux de la qualité, des représentations de professionnels, les organismes institutionnels chargés de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité. À cet égard on peut noter la participation aux journées de la Fehap, aux Journées de la HAS, et aux journées de la qualité hospitalière.

L'ensemble de ces interventions et publications sont présentées de manière détaillée sur le site : www.compaqh.fr, avec une possibilité de téléchargement.

Références

1. Ministère de la santé, Arrêté du 30 décembre 2009 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (2009).
2. **COMPAQH**. Analyse critique du développement d'indicateurs composites : le cas de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë.
3. **Grenier-Sennelier C et al.** [Developing quality indicators in hospitals: the COMPAQH project]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2005; 53 Spec No 1:1S22-30.
4. **Compaqh**. *La diffusion publique de données relatives à la performance des établissements de santé - Revue de la littérature et des sites internet 2009*.
5. **Bérard E et al.** Projet COMPAQH: Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé. *Journal d'économie médicale*, 2009; numéro spécial Janvier-Mars 2009-27(nr 1-2:5-20).
6. **Schilte A & Minvielle E**. Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes. In: Hervé Dumez, editor. *Rendre des comptes : une nouvelle exigence sociétale*. Dalloz-Sirey ed; 2008. p. 64-83.
7. *Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité de soins : L'exemple d'ICALIN*. COMPAQH, 2007.
8. **Corriol C et al.** [The COMPAQH project: researches on quality indicators in hospitals]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2008; 56 Suppl 3:S179-88.

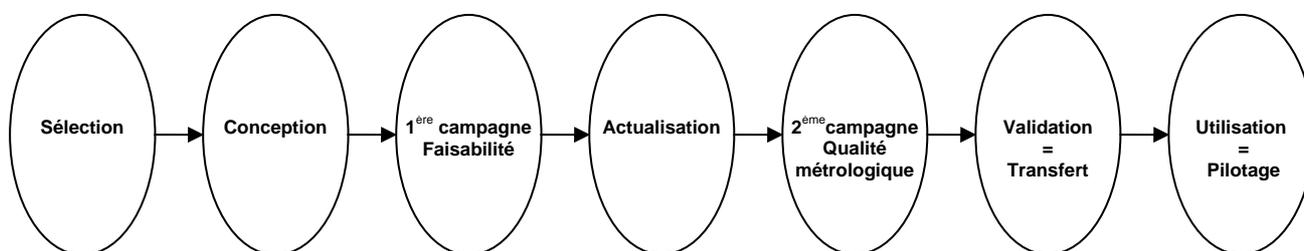
Annexes

Fiches descriptives des indicateurs

Rappel sur les étapes de développement des indicateurs

Depuis 2004, l'équipe du projet a développé et standardisé une méthode de développement [8] explicitée dans la figure 1. Cette méthode se découpe en 7 stades. Le travail réalisé à chaque stade est similaire pour chaque indicateur et permet de décider si le développement peut se poursuivre ou non.

Figure 1 - Chronologie des stades de développement d'un indicateur



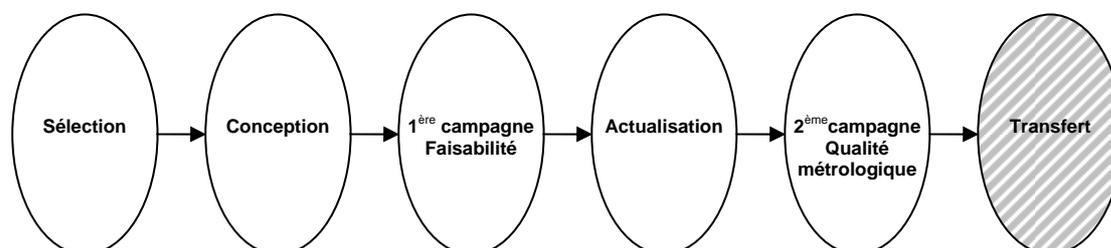
Objectif des fiches

Les indicateurs, en fonction de l'analyse produite à chaque stade de développement n'aboutissent pas tous au stade du transfert. Ils sont de ce fait classables par stade de développement.

Ce chapitre essaie de synthétiser le travail réalisé par indicateur à l'aide de fiches. Composées d'une définition brève de l'indicateur, elles rappellent les coordinations engagées sur le sujet et synthétisent les actions menées sur le sujet lors de Compaqh 2. Quand cela s'y prête, les perspectives sont développées.

Indicateurs soumis à la généralisation* de 2007 à 2009.

*avec les éléments de preuve nécessaires à une généralisation



Indicateurs concernés

2007

- Conformité des demandes d'examens d'imagerie ;
- Prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë (6 indicateurs) ;
- Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (6 indicateurs) ;
- Accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle.

2008

- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ;
- Délai d'attente en consultation externe.

2009

- Dossier du patient en SSR (commande spécifique HAS) :
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSR ;
 - Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation en SSR ;
 - Tenue du dossier patient en SSR ;
 - Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte en SSR.
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (pratique clinique).

Ces indicateurs ont été transférés aux pouvoirs publics responsables de la généralisation : la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), la Haute autorité de santé (HAS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'indicateur « Réunion de concertation pluridisciplinaire » a également été transmis à l'Institut national du cancer (INCa).

CONFORMITÉ DES DEMANDES D'EXAMENS D'IMAGERIE

Définition

Proportion d'examens d'imagerie (échographie, scanner et IRM) dont la demande contient les éléments nécessaires à la réalisation et l'interprétation de l'examen demandé.

Indicateur de processus permettant d'analyser les modalités organisationnelles de coordination et de communication entre les services cliniques demandeurs et les services d'imagerie.

Coordination

Première réunion avec la Société française de radiologie (SFR) en novembre 2006 pour présenter les résultats issus de la 2ème campagne de recueil et du test de reproductibilité afin de mettre en place le projet de généralisation.

Seconde réunion avec la SFR en mai 2007 présentant l'indicateur proposé à la généralisation.

Action

Cet indicateur a été actualisé dans le premier semestre 2007 après une campagne de test réalisée en 2006. Cette campagne incluait une étude de reproductibilité dans 4 établissements : 2 radiologues du même établissement analysaient chacun de leur côté les mêmes vingt bons d'imagerie et remplissaient chacun la grille de recueil Compaqh. Les résultats de la reproductibilité ont mis en évidence des différences de compréhension concernant les items « motif » et « finalité » de l'examen d'imagerie.

Des précisions ont donc été apportées par la SFR pour la version proposée à la généralisation. Les experts interrogés ont insisté sur le fait que, outre les renseignements cliniques, la qualité de la demande passe par la présence d'autres éléments indispensables à la programmation et à la réalisation de l'examen, tels que l'identité du patient, son âge ou année de naissance, le nom du médecin demandeur, le service demandeur et le type de l'examen. Ces éléments ont été intégrés dans la version généralisable de l'indicateur.

L'indicateur a été proposé à la généralisation en décembre 2007 et sera généralisé en 2010 par la HAS.

PRI SE EN CHARGE HOSPITALI ÈRE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE ÂPRES LA PHASE AIGUË

Définition

Le thème concerne la prise en charge hospitalière de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë. Six indicateurs composent ce thème :

- Prescription d'aspirine ;
- Prescription de bêta-bloquant ;
- Mesure de la fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) et prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ;
- Prescription de statine et suivi à distance du bilan lipidique ;
- Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ;
- Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac.

Coordination

Réunion avec la Société française de cardiologie (SFC).

Action

Ce thème transféré aux pouvoirs publics en janvier 2007 a été repris par la HAS pour une généralisation fin 2008.

En juin 2007, les recommandations de *l'European Society of Cardiology* sur le NSTEMI (*Non ST Elevation Myocardial Infarction*) ont évolué ainsi que celles de *l'American Heart Association* (mise à jour de 2006) notamment sur la prescription d'antiagrégants plaquettaires. Compaqh a assuré le suivi bibliographique et les échanges avec les sociétés savantes afin de proposer une actualisation des indicateurs concernés au service IPAQH fin 2007.

Le thème a été actualisé en 2008 en fonction des nouvelles recommandations en coordination avec le service IPAQSS.

PRI SE EN CHARGE HOSPI TALI ÈRE I NI TI ALE DE L'ACCI DENT VASCU LAI RE CERE BRAL

Définition

Ce thème est centré sur la prise en charge initiale hospitalière de l'accident vasculaire cérébral. Il est composé de 6 indicateurs :

- Détermination du type de l'AVC ;
- Délai de détermination du type de l'AVC ;
- Thrombolyse intraveineuse après infarctus cérébral ;
- Administration d'aspirine après infarctus cérébral ;
- Évaluation par un masseur-kinésithérapeute et/ou un orthophoniste ;
- Délai de réalisation de l'évaluation par un masseur-kinésithérapeute et/ou un orthophoniste.

Coordination

Réunions avec la Société française de neuro-vasculaire (SFNV), la Société française de neurologie (SFN).

Réunions avec le service « Évaluation des médicaments » et le service « ALD et accords conventionnels » de la HAS. Ce développement était cohérent avec les objectifs définis dans le cadre du programme pilote AVC mis en œuvre par la HAS.

Action

Au cours de l'année 2007, le thème a été actualisé suite à une deuxième phase de recueil faite en 2006. Cette actualisation portait notamment sur la définition de la population étudiée. Les résultats de la seconde campagne et l'actualisation réalisée ont permis de proposer le thème pour une généralisation.

En septembre 2007, la SFNV et la SFN ont validé la version proposée à la généralisation, ainsi que les services de la HAS.

Le thème a été transféré aux pouvoirs publics en décembre 2007.

Perspectives

Le thème sera repris dans le cadre des indicateurs dits « de filière » dans le cadre de Compaq-Hpst.

ACCESSIBILITÉ ARCHITECTURALE, ERGONOMIQUE ET INFORMATIQUE
--

Définition

Indicateur de processus permettant de mesurer l'accessibilité physique et informationnelle des personnes aux locaux de l'établissement.

Coordination

Réunion avec l'Association des paralysés de France (APF) et la Fédération nationale pour l'insertion des personnes sourdes et des personnes aveugles en France (FISAF).

Action

Après un premier test effectué en 2005 une première actualisation a été réalisée en relation avec les associations du domaine et achevée au cours du premier semestre 2007. La reproductibilité a été réalisée au mois de juillet 2007 afin de tester les nouveaux outils (grille plus claire, consignes étoffées). Un rapport a été rédigé à l'issue de ce test à l'attention de l'APF sur le développement complet de cet indicateur et remis en septembre. Présenté en octobre au conseil scientifique de l'APF, l'indicateur a été validé.

Cet indicateur a été proposé à la généralisation en décembre 2007.

La mise en place de sa généralisation par la HAS en juin 2010 a été réalisée en collaboration avec Compaqh.

RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Définition

Taux de nouveaux patients ayant un diagnostic de cancer posé dont le premier acte thérapeutique est réalisé au sein de l'établissement et ayant bénéficié, lors de la prise en charge initiale, d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) organisée conformément à la circulaire DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie du 22 février 2005

Indicateur de processus permettant d'appréhender la qualité de la concertation pluridisciplinaire dans la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer.

Coordination

Réalisé en lien avec la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) et l'Institut national du cancer (INCa).

Validation de l'indicateur par l'INCa en septembre 2008.

Action

Suite à la présentation des résultats fin 2007, une accélération de la dynamique institutionnelle a permis d'achever le travail : suffisamment d'éléments de preuve ont été rassemblés pour le proposer à la généralisation.

Deux niveaux d'analyse sont proposés, le premier s'assurant de la trace de la RCP dans le dossier du patient (datée et comportant la proposition de prise en charge), le second s'assurant en plus de la validité de la RCP en terme organisationnel (à savoir la présence d'au moins 3 professionnels de spécialités différentes). Cette distinction est utile en termes d'acceptabilité par les professionnels, notamment lorsque les RCP évaluées ont été organisées par un établissement extérieur, ces derniers pouvant se dédouaner de la mauvaise organisation (niveau 2), mais pas de l'absence de trace (niveau 1).

Cet indicateur est basé sur l'analyse d'un échantillon de dossiers. Afin de répondre à la problématique du tirage au sort des dossiers tel qu'il est développé actuellement par la HAS pour les indicateurs généralisés, une alternative a été étudiée afin d'envisager un tirage au sort à partir du PMSI. En effet, l'indicateur a été conçu à partir des registres de consultations. Les contraintes de la HAS n'étant pas connues au moment de la conception de l'indicateur (débutée en 2005), l'équipe de coordination du projet a travaillé sur une version adaptée de l'indicateur avant de le transférer en décembre 2008 aux pouvoirs publics concernés.

La HAS a réalisé une expérimentation de cet indicateur sur un panel élargi d'établissements volontaires, menée en coordination avec l'équipe Compaqh. L'indicateur sera généralisé en juillet 2010.

DÉLAI D'ATTENTE EN CONSULTATION EXTERNE

Définition

Taux de patients avec un rendez-vous dans un service de consultation externe de l'établissement qui passent à l'heure (± 10 minutes).

Indicateur de processus permettant d'analyser les modalités organisationnelles de prise en charge dans le(s) service(s) de consultation externe.

Coordination

Réalisé en lien avec la FNCLCC.

Réunion de discussion avec la HAS en juillet 2008.

Action

Si des éléments de preuve ont été rassemblés en faveur de la généralisation de cet indicateur, cette dernière est subordonnée à la capacité des systèmes d'information hospitaliers à enregistrer les données nécessaires en routine. En effet, toute comparaison inter-établissements sur ces thèmes suppose un recueil des délais soit exhaustif, ou à minima, soit qui repose sur une collection des données rétrospectives par tirage au sort.

Perspectives

L'indicateur a été testé de manière prospective. La comparaison inter-établissements à grande échelle pose la question de la modalité de recueil (rétrospectif *versus* prospectif exhaustif *versus* prospectif sur une courte durée).

En fonction du mode de recueil choisi, en lien avec l'objectif d'utilisation de l'indicateur, un test supplémentaire (Compaqh/Institution utilisatrice) semble incontournable. Ce test doit permettre de valider un schéma de recueil et sa faisabilité sur un panel plus large et plus diversifié que celui du projet Compaqh.

CONFORMITÉ DU DOSSIER DU PATIENT EN SSR (4 INDICATEURS)

Indicateurs concernés

Ce thème est composé de 4 indicateurs :

- Tenue du dossier patient ;
- Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
- Traçabilité de la douleur ;
- Dépistage des troubles nutritionnels.

Définition

Ce set d'indicateurs, développé à la demande de la HAS en décembre 2007, concerne la conformité du dossier du patient dans le secteur SSR. Basé sur le « dossier du patient » transféré en 2006 et généralisé par la HAS en 2008 au secteur MCO, son adaptation avait pour objectif d'insérer des critères spécifiques au SSR et d'adapter, si besoin, les consignes pour les critères communs.

Coordination

Développement en lien avec la HAS suivant un calendrier précisé par cette dernière : développement et tests entre janvier 2008 et juin 2009.

Travail avec les 22 établissements SSR participants au projet Compaqh au cours de l'année 2008.

Co-animation avec la HAS du groupe de travail SSR constitué de représentants des fédérations hospitalières, des conférences de présidents de CME et de représentants d'établissements.

Coordination avec la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et la Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG).

Action

Conçue entre janvier et avril 2008, la première version de l'indicateur a été testée de mai à juin 2008 avec les établissements participants au projet Compaqh.

La seconde version a été testée entre le 15 novembre 2008 et le 31 janvier 2009, en lien avec la HAS : 100 établissements désignés par les fédérations ont participé à ce second test mené par Compaqh, lors duquel la reproductibilité a été testée. Le développement s'est achevé en juin 2009 par la validation des indicateurs.

Le transfert d'informations nécessaires à la mise en œuvre de la généralisation s'est effectué dès avril 2009, pour s'achever en août 2009. Le premier recueil de la généralisation a débuté en novembre 2009.

TRAÇABILITÉ DE L'ÉVALUATION DU RISQUE D'ESCARRE CHEZ L'ADULTE

Le thème des escarres se décline en deux indicateurs élaborés avec les experts du domaine : un indicateur de processus à partir de l'analyse d'un échantillon de dossiers et un score composite à l'échelle de l'établissement.

Cette fiche présente le développement de l'indicateur de processus recueilli sur un échantillon de dossiers.

Définition

Proportion de patients adultes pour lesquels la trace d'une évaluation du risque d'escarre et sa conclusion sont retrouvées dans les dossiers dans les 7 jours suivant l'admission.

Indicateur de processus permettant d'évaluer la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre à l'admission.

Coordination

Réalisé avec la HAS.

Collaboration avec des experts du domaine dès fin 2007 et tout au long du développement : représentants de l'association PERSE (Prévention éducation recherche soins Escarres), l'ARSI (Association de recherche en soins infirmiers), la Société française et francophone des plaies et cicatrisations (SFFPC) et de la HAS.

Travail avec les 22 établissements SSR participants au projet Compaqh au cours de l'année 2008.

Action

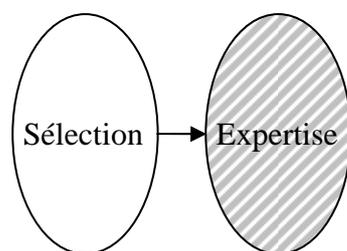
Basé sur l'analyse de dossiers, le développement de cet indicateur a été couplé à celui du set d'indicateurs « dossier du patient en SSR », bien qu'il ne soit pas spécifique au secteur SSR. Cette démarche a été réalisée dans un souci de réduire la charge de travail des établissements par rapport à la sortie et à l'analyse des dossiers.

Son calendrier de développement est donc le même que celui du « dossier du patient en SSR ».

Transférés en août 2009, il a été recueilli pour la première fois comme indicateur optionnel en novembre 2009 lors du déploiement de la généralisation des indicateurs sur le dossier du patient en SSR.

Il a été repris dans le développement du « dossier du patient en HAD ». Son introduction dans le domaine MCO est programmée pour la fin de l'année 2010.

Expertise produite de 2007 à 2009



Thèmes concernés

- Patient Safety Indicators*
- Culture de sécurité

PATIENT SAFETY INDICATORS

Définition

Les indicateurs de sécurité du patient (*Patient Safety Indicators* - PSI) sont des séries de mesures qui détectent les événements indésirables que les patients subissent suite à une exposition dans un système de soins.

Trois initiatives, l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) et l'Union Européenne ont élaboré des listes de PSI selon les besoins de leur pays et / ou selon certaines priorités. On trouve ainsi 20 indicateurs proposés par l'AHRQ, 21 dans le projet conduit par l'OCDE (dont 10 viennent de l'AHRQ) et 42 dans l'initiative de l'Union Européenne qui reprennent, entre autres, les 2 listes précédentes.

Les PSI sont, pour l'AHRQ et l'OCDE, essentiellement des indicateurs de complications dont les données sources sont tirées de données médico-administratives. Le projet de l'Union Européenne ouvre le champ des PSI sur la culture de sécurité et ces PSI sont évalués au travers de ces données médico-administratives ou au travers de questionnaires.

Les PSI entrent dans l'un des champs prioritaires pour la Haute autorité de santé notamment au travers de l'accréditation des professionnels de santé. La remontée des informations au sujet des événements porteurs de risque est l'une des priorités de ce processus.

L'indicateur « mortalité hospitalière pour les GHM à faible taux de mortalité attendu » est regroupé dans ce thème.

Contexte

Les PSI entrent dans l'un des champs prioritaires pour les pouvoirs publics, notamment au travers de l'accréditation des professionnels de santé menée par la HAS. La remontée des informations au sujet des événements porteurs de risque est l'une des priorités de ce processus.

Action

Ce thème a fait l'objet d'un rapport remis en juillet 2008.

Perspectives

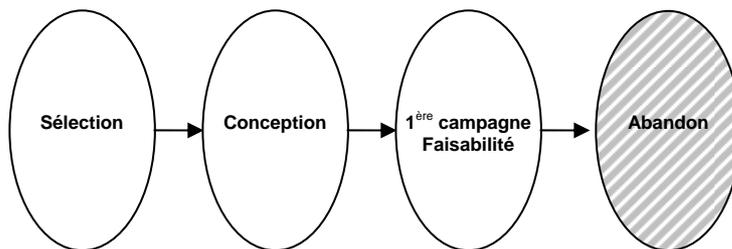
Les perspectives sont à définir par les pouvoirs publics.

CULTURE DE SÉCURITÉ

Deux équipes françaises (CCECQA, CHU de Bicêtre) étant déjà en train de le développer, l'équipe Compaq n'a pas vocation à reprendre ce travail.

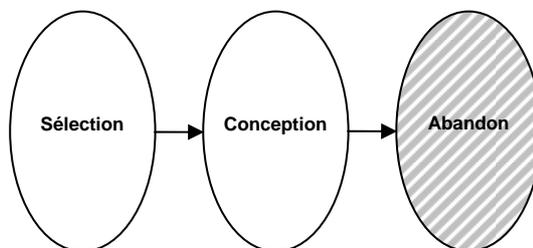
Indicateurs abandonnés de 2007 à 2009

Indicateurs testés et abandonnés



- Actes de violences en psychiatrie
- Traitement par électroconvulsivothérapie
- Délai de rendez-vous pour une consultation en CMP

Indicateurs abandonnés au cours de leur conception



- Prévention des chutes des patients hospitalisés
- Pratique clinique : Prise en charge des effets secondaires des traitements

ACTES DE VIOLENCES EN PSYCHIATRIE

Définition

Ce thème était composé de différents indicateurs dont le but était d'évaluer la gestion et l'incidence des actes de violence contre les patients, les visiteurs ou le personnel dans les établissements de santé de psychiatrie :

- Existence d'un système de signalement des actes de violence (intégré à un système global de déclaration des événements indésirables ou individualisé) ;
- Délai entre l'acte de violence et le recueil centralisé du signalement ;
- Incidence des actes de violence contre le personnel de l'établissement ;
- Incidence des actes de violence contre les patients et les visiteurs ;
- Incidence des actes de violence contre le personnel de l'établissement donnant lieu à une déclaration d'accident du travail ;
- Incidence des actes de violence contre le personnel de l'établissement donnant lieu à une déclaration d'accident du travail et à un arrêt de travail.

Action

Le premier recueil a été réalisé sur le premier trimestre 2006. Son analyse a montré que cet indicateur posait des problèmes de faisabilité – difficulté à recueillir l'ensemble des informations demandées et de s'assurer de l'exhaustivité du recueil –, d'évaluation de la charge de travail – difficile à évaluer car dépendante du système d'information –, et de contenu : définition des actes de violence proposée par la DHOS laissant une marge d'interprétation surtout dans le champ de la violence morale (verbale).

L'abandon a été décidé et confirmé pendant la réunion DHOS avec les experts du plan santé mentale en mai 2007.

Perspectives

L'évaluation doit se faire maintenant à partir du système de signalement de la DHOS qui possède un système de signalement en continu des actes de violence et des remontées d'information vers les ARH.

TRAITEMENT PAR ELECTROCONVULSIVO THERAPIE

Définition

Ce thème est composé d'indicateurs de processus :

- Indication du traitement ;
- Information et consentement ;
- Plan de traitement ;
- Compte rendu d'ECT ;
- Examen clinique psychique post-séance d'ECT ;
- Examen clinique post-série d'ECT.

Action

Ce thème, totalement repris en 2007, a été testé de mars à mai 2008. Les résultats ont été présentés aux établissements en décembre 2008.

Les indicateurs composant le thème concernent le processus de prescription et de suivi des patients traités par électroconvulsivothérapie. Ils n'abordent pas la réalisation de l'ECT. Le recueil repose sur une analyse de dossiers.

Seuls les actes d'ECT sont codés dans le PMSI. Or les établissements réalisant les ECT ne sont pas systématiquement les prescripteurs de cette thérapie. Il est donc difficile de standardiser la sélection des dossiers pour recueillir les indicateurs.

L'absence de standardisation de sélection de dossiers a conduit à la décision d'abandonner ces indicateurs. Le contenu des indicateurs développés n'est pas remis en cause.

DÉLAI DE RENDEZ-VOUS POUR UNE CONSULTATION EN CMP

Définition

Délai, en jours, entre la date de la prise de rendez-vous (téléphone ou visite du patient ou d'une autre personne) pour une première consultation médicale en CMP et la date effective de cette consultation en CMP.

Indicateur de processus permettant d'analyser les modalités organisationnelles de prise en charge des patients suivis en ambulatoire dans les secteurs de psychiatrie.

Coordination

Réunions avec les professionnels des établissements participant au projet Compaqh en janvier et en décembre 2008.

Réunion avec les représentants professionnels de la psychiatrie (association des établissements gérant de santé mentale (ADESM), collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, fédération française de psychiatrie, fédération de l'hospitalisation privée, conférences de CME) en janvier 2009.

Action

Cet indicateur devait faire l'objet d'une deuxième campagne en 2008 : il concernait le délai de RDV avec la structure pour les nouveaux patients.

Les établissements se montraient très intéressés par le sujet, néanmoins l'équipe de coordination du projet avait des réserves méthodologiques sur l'indicateur quant à sa capacité de supporter la comparaison inter-établissements et la charge de travail extrêmement importante du recueil prospectif. En janvier 2009, il a été présenté aux représentants professionnels de la psychiatrie.

La comparaison inter-établissements basée sur des délais paraît difficile du fait de l'organisation diverse des CMP : par exemple.

- Leur stratégie d'ouverture (ouverts 5 jours ou plus, des CMP ruraux ou éloignés ouverts 1 jour sur 7 ou moins).
- Le délai de prise en charge : consultations dédiées à l'urgence (soit par un type d'intervenants : internes par exemple ou plages horaires hebdomadaires pour les consultations urgentes), accueil infirmier immédiat d'évaluation sans rendez-vous ou avec RDV dans la semaine avec orientation secondaire après réunion pluridisciplinaire.

Dans ce type d'organisation, ce n'est pas le délai pour un premier RDV qui est pertinent mais le délai d'orientation vers l'intervenant le plus adapté, délai difficile à mesurer systématiquement.

De plus ce type d'indicateur peut amener à des effets induits négatifs : focalisation sur les délais de RDV avec la structure pour un nouveau patient et délaissement de la prise en charge.

Le développement d'indicateurs de comparaison sur le sujet paraît difficile. En terme de tableau de bord pour les établissements, le travail de la MEAH sur le sujet apparaît comme une référence utile.

PRÉVENTION DES CHUTES DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Définition

L'indicateur « Prévention des chutes des patients hospitalisés » est principalement un indicateur de processus visant à évaluer la prise en charge du risque de chute dans un établissement.

Les chutes sont définies comme toute situation entraînant une personne à se retrouver de manière soudaine et involontaire sur le sol ou sur une surface plus basse que la position originelle.

Action

À partir du bilan réalisé pour les indicateurs en juin 2007, il a été décidé de reprendre cet indicateur dans sa phase de conception : problème de définition de la « chute » ainsi que d'homogénéité des systèmes de signalement dans le cadre d'une comparaison inter-établissements.

La principale difficulté pour la construction de cet indicateur réside en l'absence de recommandations spécifiques concernant les chutes des patients hospitalisés. La principale recommandation de la HAS sur les chutes intitulée « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » ne traite pas du risque de chute encouru chez les personnes hospitalisées dans les hôpitaux de court ou moyen séjour. Cependant la référence 25.d du manuel de certification V2007 indique que « Les chutes font l'objet d'une prévention » et le guide d'aide à la cotation précise qu'il s'agit d'apprécier comment les professionnels se sont organisés pour identifier les patients à risque et pour leur offrir une prise en charge appropriée.

Il est impossible d'obtenir le nombre de chutes pour un établissement à partir du PMSI, les chutes sont rarement codées car elles n'apportent pas de valorisation. Il paraît difficile de partir des fiches de déclaration des chutes (si elles existent car elles ne sont pas obligatoires), il risquerait d'y avoir un biais de sous déclaration.

Les pistes pour l'indicateur étaient d'évaluer l'identification des patients à risque ainsi que les moyens de prévention mis en œuvre pour les patients à risque, seulement les critères d'identification des patients à risque comme les mesures de prévention ne font pas l'objet d'un consensus.

Cet indicateur est donc en attente de recommandations spécifiques pour la prévention des chutes des patients hospitalisés. Il est aussi dépendant d'une homogénéité des systèmes de signalement (PMSI, autres).

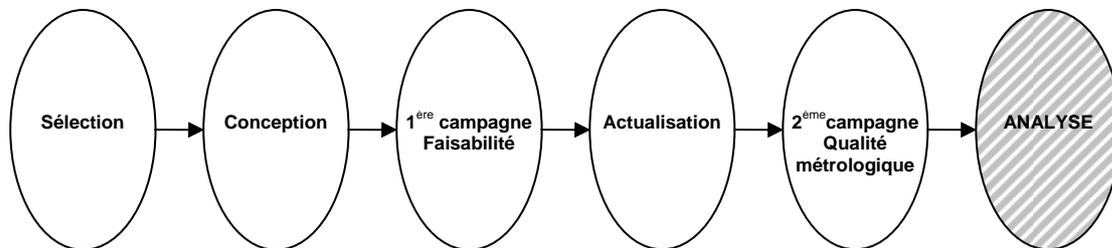
**PRATIQUE CLINIQUE :
PRI SE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES TRAI TEMENTS**

Définition

Difficultés à définir les situations cliniques spécifiques à cet indicateur (Radiothérapie, Chimiothérapie).

Indicateurs en développement de 2007 à 2009

Indicateurs en fin d'analyse



Indicateurs concernés

- Modalités du sevrage institutionnel du patient alcoolo-dépendant à la phase initiale.
- Prise en charge organisationnelle du cancer du sein.

MODALITÉS DU SEVRAGE INSTITUTIONNEL DU PATIENT ALCOOLO-DÉPENDANT A LA PHASE INITIALE

Définition

Sept indicateurs composent ce thème :

- Contexte du sevrage déterminé à l'examen médical d'entrée ;
- Suivi du patient hospitalisé pour sevrage ;
- Suivi du traitement par benzodiazépines ;
- Hydratation du patient ;
- Traitement préventif par vitaminothérapie ;
- Conseils pour l'arrêt du tabac ;
- Modalités de suivi dans le courrier de fin d'hospitalisation.

Coordination

Collaboration avec l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique, l'Association française pour l'étude du foie, le Collège des addictions, la Fédération française de psychiatrie, la Société française d'alcoologie, la Société nationale française de gastro-entérologie.

Travail avec les professionnels des établissements concernés par la thématique et participant au projet.

Collaboration avec les structures régionales et territoriales d'évaluation qualité via la FORAP.

Action

L'indicateur a été testé pour la 1^{ère} fois de février à avril 2008. Les résultats ont été présentés en décembre 2008 à l'ensemble des établissements ayant réalisé le recueil. L'analyse de la première campagne a été exposée aux experts en janvier 2009.

Pour la 2^{ème} campagne, le panel d'établissements volontaires devait être accru et représentatif de secteurs impliqués dans la prise en charge initiale des patients alcoolo-dépendants. Devant la spécificité de la prise en charge, la HAS a sollicité la FORAP (Fédération des organismes régionaux pour l'amélioration des pratiques en établissement de santé) afin que les réseaux fournissent une liste d'établissements ayant l'activité de sevrage institutionnel du patient alcoolo-dépendant à la phase initiale. La collaboration avec les réseaux a été élargie : ils ont pris en charge l'animation locale du recueil : formation, intermédiaire entre l'équipe de Compaqh et les établissements, retour des établissements.

44 établissements ont participé à ce recueil, 35 étaient encadrés par les réseaux. Le test s'est déroulé de mi-octobre 2009 à fin février 2010.

Perspectives

L'analyse des résultats a été réalisée lors du premier trimestre 2010, ainsi que la restitution des résultats aux réseaux. De nombreuses questions restent à éclaircir avec les sociétés savantes. Une réunion est prévue pour septembre 2010. Compaqh rendra ses conclusions fin 2010.

PRI SE EN CHARGE ORGANISATI ONNELLE DU CANCER DU SEIN

Définition

Six indicateurs composent ce thème :

- Délai de prise en charge ;
- Délai d'intervention chirurgicale ;
- Délai de traitement complémentaire post-chirurgical ;
- Concertation pluridisciplinaire ;
- Information du patient ;
- Traçabilité des éléments pronostiques.

Indicateur de processus évaluant l'organisation des pratiques de prise en charge du cancer du sein infiltrant non inflammatoire non métastasé.

Coordination

Réalisé avec la FNCLCC.

Actualisation en lien avec la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), l'INCa et la HAS.

Action

L'indicateur a été testé pour la 1^{ère} fois en 2007. L'actualisation porte notamment sur les bornes des délais calculés. Les questions de la définition et de la traçabilité de la borne initiale dite « premier contact médical » sont posées et nécessiteront une réponse institutionnelle. Dans l'attente, l'analyse des délais est fractionnée en cohérence avec les différents moments de la prise en charge.

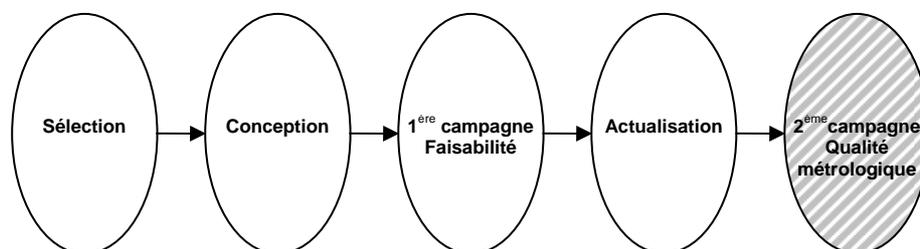
Le deuxième test, en collaboration avec la HAS, s'est déroulé de mi-juin à fin octobre 2009 sur un panel d'établissements élargi à 70 établissements en lien avec les fédérations hospitalières : tous les types d'établissements étaient représentés.

Les résultats ont été exposés aux représentants des sociétés savantes en février 2010 : une des principales limites est la difficulté à comparer les établissements du fait d'une prise en charge se faisant à la fois en ville et à l'hôpital.

Perspectives

L'analyse du 2nd test montre que ce thème peut s'inscrire dans les indicateurs de parcours de soins. Les indicateurs développés sont néanmoins intéressants pour les établissements assurant l'ensemble de la prise en charge initiale de la patiente. Compaqh rendra ses conclusions en 2010.

Indicateurs en fin de développement



Indicateurs concernés

- Dossier du patient en santé mentale (PSY) (commande spécifique HAS) :

- Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation en PSY ;
- Tenue du dossier patient en PSY ;
- Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte en PSY.

- Dossier du patient hospitalisé à domicile (HAD) (commande spécifique HAS) :

- Tenue du dossier patient en HAD ;
- Délai de rédaction des courriers de fin d'hospitalisation en HAD ;
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle ;
- Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte en HAD ;
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre chez l'adulte.

- Prévention et prise en charge des hémorragies du post-partum ;
- Prise en charge hospitalière initiale des syndromes coronariens aigus ;
- Prise en charge du patient hémodialysé ;
- Climat organisationnel au sein des équipes de soins ;
- Temps de passage aux urgences.

CONFORMITÉ DU DOSSIER DU PATIENT EN PSY (3 INDICATEURS)

Indicateurs concernés

Ce thème est composé de 3 indicateurs :

- Tenue du dossier patient en PSY ;
- Délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation en PSY ;
- Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte en PSY.

Les indicateurs concernent les patients adultes hospitalisés à temps plein au moins 8 jours.

Définition

Ce set d'indicateurs, développé à la demande de la HAS en 2008, concerne la conformité du dossier du patient dans le secteur psychiatrique. Basé sur le « dossier du patient » transféré en 2006 et généralisé par la HAS en 2008 au secteur MCO, son adaptation a pour objectif d'insérer des critères spécifiques au secteur de la santé mentale et d'adapter si besoin les consignes pour les critères communs.

Coordination

Développement en lien avec la HAS suivant un calendrier précisé par cette dernière : développement et tests entre janvier 2009 et juin 2010.

Co-animation avec la HAS du groupe de travail constitué de représentants de l'association des établissements gérant de santé mentale (ADESM), du collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, de la fédération française de psychiatrie, de la fédération de l'hospitalisation privée, des conférences de CME. La première réunion s'est tenue le 20 janvier 2009.

Action

La première version de ces indicateurs, conçus entre janvier et mai 2009, a été testée de juin à septembre 2009 dans les établissements du groupe de travail et ceux participants au projet Compaqh.

Actualisés entre octobre et décembre 2009, le second test s'est déroulé de mi-janvier à mi avril 2010 : 130 établissements s'étaient portés volontaires auprès des fédérations hospitalières afin de participer à ce 2nd test mené par Compaqh. 108 établissements ont recueillis les indicateurs. Cette seconde campagne a permis notamment de tester la reproductibilité.

Perspectives

L'analyse du 2^{ème} test se déroulera au 2nd trimestre 2010. Le transfert du set d'indicateurs se fera en juin 2010.

La HAS a programmé leur généralisation pour janvier 2011.

CONFORMITÉ DU DOSSIER DU PATIENT EN HAD (5 INDICATEURS)

Indicateurs concernés

Ce thème est composé de 5 indicateurs :

- Tenue du dossier patient en HAD ;
- Délai de rédaction des courriers de fin d'hospitalisation en HAD ;
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle ;
- Dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte en HAD ;
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre chez l'adulte.

Définition

Ce set d'indicateurs développé suite à la demande de la HAS formulée en 2008 concerne la conformité du dossier du patient dans le secteur de l'hospitalisation à domicile. Basé sur les « dossier du patient » MCO et SSR généralisés par la HAS, les adaptations ont pour objectif d'insérer des critères spécifiques au secteur de l'HAD et d'adapter si besoin les consignes pour les critères communs.

Coordination

Développement en lien avec la HAS suivant un calendrier précisé par cette dernière : développement et tests entre janvier 2009 et juin 2010.

Co-animation avec la HAS du groupe de travail constitué en partenariat avec la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif (FEHAP) et la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Il regroupe des représentants de structure HAD de tous types. L'équipe Compaqh a visité en décembre 2008 deux établissements d'HAD afin de se familiariser à ce type de structure.

La première réunion du groupe a eu lieu le 21 janvier 2009.

Action

La première version de ces indicateurs, conçus entre janvier et mai 2009, a été testée de juin à septembre 2009 dans les établissements du groupe de travail et dans ceux volontaires désignés par la FEHAP et la FNEHAD.

Actualisés entre octobre et décembre 2009, le second test s'est déroulé de mi-janvier à mi avril 2010 : 55 établissements s'étaient portés volontaires auprès des fédérations hospitalières afin de participer à ce deuxième test mené par Compaqh. Cette seconde campagne a également permis de tester la reproductibilité.

Perspectives

L'analyse du 2ème test se déroulera au 2nd trimestre 2010. Le transfert du set d'indicateurs se fera en juin 2010.

La HAS a programmé leur généralisation pour janvier 2011.

PRÉVENTION ET PRI SE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM

Définition

L'analyse de ce thème est centrée sur deux aspects de la prise en charge :

1) Une première partie concerne la prévention de l'HPP pour l'ensemble des grossesses puisqu'une surveillance attentive et les techniques prophylactiques de l'HPP devraient permettre une diminution de son incidence. Les indicateurs testés concernant cette première partie sont les suivants :

- Délivrance ;
- Surveillance en salle de naissance.

2) Une deuxième partie concerne la qualité de la prise en charge de l'HPP qui doit permettre de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie. Les indicateurs testés concernant cette deuxième partie sont les suivants :

- Diagnostic d'HPP ;
- Révision utérine ;
- Antibio prophylaxie.

Coordination

Élaboré en collaboration avec le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF).

Réalisé en lien avec la HAS et Gynerisq (organisme agréé pour l'accréditation des gynécologues obstétriciens).

Action

L'objectif de la collaboration avec le CNGOF a été de définir des critères pertinents issus des recommandations (ANAES/CNGOF) de 2004. Les indicateurs construits devront évaluer la prévention et le diagnostic des HPP.

Le premier test a eu lieu de février à mai 2009 avec une présentation des résultats en juillet 2009 au groupe de travail. L'analyse des résultats est favorable à un deuxième test avec un panel élargi d'établissements volontaires. Dans un souci de cohérence, les résultats ont été présentés en février 2010 aux représentants de Gynerisq (organisme agréé pour l'accréditation des gynécologues obstétriciens) et de la HAS.

Perspectives

La version actualisée sera testée au second semestre 2010.

PRI SE EN CHARGE HOSPI TALI ÈRE I NI TI ALE DES SYNDROMES CORONARI ENS AI GUS

Définition

Ce thème est composé de 7 indicateurs de processus :

- Mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion ;
- Délai de réalisation de la thrombolyse ;
- Délai de réalisation de l'angioplastie ;
- Traitement par antiagrégant plaquettaire ;
- Réalisation de la coronarographie ;
- Traitement par antiGpIIb/IIIa ;
- Conformité du dossier médical d'un patient présentant un SCA.

Coordination

Participations aux réunions du groupe de travail « Registres de pratiques et évaluation des pratiques professionnelles » coordonnées par la HAS dans le cadre des programmes pilotes qui réunissaient le Collège français de médecine d'urgence (CFMU), le Réseau cardiologie urgence (RESCUE), le réseau cardiologie de Franche-Comté et la Société française de cardiologie (SFC)

Action

Validé en fin décembre 2007 dans le cadre de ce groupe de travail, un set d'indicateurs intéressants pour la comparaison inter établissements a été testé entre avril et août 2008. Etaient analysés les dossiers de patients atteints de SCA de type ST+ et ST-.

L'analyse de la faisabilité et des résultats de cette première campagne de test n'a pas permis de fournir les résultats comparatifs inter-établissements habituels, le nombre de dossiers évalués ayant été sensiblement réduit par des exclusions secondaires après tirage au sort.

Une réflexion a été engagée au sein de l'équipe afin analyser les pistes de travail en vue de l'actualisation de l'indicateur : la présentation des résultats de l'indicateur en juin 2009 au groupe de travail a permis de dégager une piste d'évolution et d'actualiser le thème. La deuxième version des indicateurs ciblera les SCA ST+.

Perspectives

Le second test sera effectué au second semestre 2010 en lien avec la HAS.

PRI SE EN CHARGE DU PATIENT HÉMODIALYSE

Définition

Le set d'indicateurs concerne :

-Des indicateurs à l'échelle du dossier :

- Voie d'abord vasculaire ;
- Surveillance de l'anémie ;
- Surveillance du traitement par ASE ;
- Surveillance – Bilan phosphocalcique ;
- Surveillance nutritionnelle ;
- Évaluation de la dose de dialyse ;
- Prescriptions médicales de dialyse ;
- Accès à la transplantation ;
- Surveillance sérologique des hépatites.

-Des indicateurs à l'échelle de l'établissement :

- Évaluation du taux d'infection de la voie d'abord vasculaire ;
- Protocoles d'hygiène.

Coordination

Conçu avec la Société française de néphrologie et la Société francophone de dialyse.

Action

Les réunions regroupées sur l'année 2008 ont permis d'identifier 9 critères pouvant faire l'objet d'indicateurs. L'indicateur a été testé mi-janvier à mi-avril 2009. Les résultats ont été présentés aux représentants des sociétés savantes participants au développement des indicateurs.

Perspectives

Le second test devrait intervenir fin du dernier semestre 2010.

CLIMAT ORGANISATIONNEL AU SEIN DES ÉQUIPES DE SOINS

Définition

Cinq indicateurs sont retenus pour évaluer ce thème :

- Taux d'usure psychologique au travail : Indicateur de processus permettant d'appréhender le degré d'épuisement professionnel ;
- Satisfaction au travail et intention de quitter l'emploi : Indicateur de résultat permettant de mesurer le taux de satisfaction des professionnels ;
- Pratique organisationnelle : Indicateur de processus permettant d'appréhender la pratique organisationnelle qui émerge d'un groupe de professionnels en contact avec le patient ;
- Efficacité perçue : Indicateur de processus permettant d'appréhender l'efficacité perçue par un groupe de professionnels en contact avec le patient ;
- Culture d'équipe : Indicateur de processus permettant d'appréhender la culture dominante qui émerge d'une équipe de professionnels.

Action

Les membres de quinze équipes de blocs opératoires ont rempli de manière anonyme notre questionnaire fin 2006 ; une saisie par lecture optique a eu lieu au cours du mois de janvier 2007. Les résultats pour chaque équipe ont été rendus courant mai 2007 : ils présentent des comparaisons entre les différentes catégories professionnelles de l'équipe choisie (médecin, infirmier et autre catégorie) et les résultats des autres équipes.

Suite à ce recueil, des questions se posent sur les modalités de comparaison entre les blocs opératoires (variables d'ajustement comme la taille d'échantillon minimale), sur le périmètre d'analyse (définition de l'équipe du bloc opératoire), et sur la possibilité d'appliquer ce questionnaire à d'autres équipes que celles du bloc opératoire. L'étude de ces différentes questions a commencé au 2^{ème} semestre 2007 et a permis d'actualiser le cahier des charges.

Perspectives

Cet indicateur sera repris dans le cadre des travaux avec le groupe DHOS sur les urgences et son adaptation pour les services d'urgence sera proposée.

TEMPS DE PASSAGE AUX URGENCES

Définition

Durée médiane d'attente pour une 1^{ère} consultation médicale (médecin ou chirurgien, interne ou senior) dans le service d'accueil et de traitement des urgences.

Indicateur de processus permettant d'analyser les modalités organisationnelles de prise en charge dans le service d'accueil et de traitement des urgences.

Coordination

Réunions régulières au cours de 2008 avec la DHOS, les sociétés savantes du domaine et l'AP-HP.

Action

Cet indicateur a été testé une première fois en novembre 2004 avec un rendu de résultats en 2005. L'actualisation de cet indicateur a été mise en attente des résultats du plan urgence. Il posait des problèmes de faisabilité et d'évaluation homogène de la gravité des patients.

En 2008, dans le cadre de l'évaluation du plan urgence, en lien avec la DHOS et la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU), Compaq a analysé les données de plusieurs établissements choisis par la DHOS. Des informations sur l'évolution du personnel, l'activité SAMU, l'activité SMUR et l'activité/organisation des urgences avant et après le plan, ainsi que des données sur les délais d'attentes, étaient recueillies. En 2009 s'est développé un travail sur les temps de passage aux urgences dans le cadre des patients classés CCMU 1 et 2 (cas peu graves) en tenant compte de différentes variables (le nombre de passage et l'âge, notamment). Il a été réalisé avec la mise à disposition des bases de données AP-HP et Orumip, et en collaboration avec la SFMU.

Perspectives

L'hypothèse est de poursuivre ce travail dans Compaq-Hpst en précisant la demande de développement des indicateurs relatifs au « Temps de passage aux urgences », et d'autres, en lien avec la DHOS, la SFMU et des experts du domaine.

Indicateurs de prise en charge des pathologies chroniques.

Indicateurs concernés :

- Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ;
- Prise en charge du diabète de type 2.

Ces indicateurs sont classés dans l'objectif prioritaire n° 9 : Garantir la coordination des soins et améliorer la prévention secondaire. Cet OP couvre principalement le champ de la prise en charge des pathologies chroniques. Les indicateurs qui déclinent cet OP devraient couvrir, si le lien peut se faire avec l'assurance maladie, les champs ambulatoire et hospitalier. La méthodologie de développement de ce type d'indicateurs est actuellement en cours d'expérimentation sur le sujet de l'insuffisance rénale chronique. Les conclusions de ce travail pourraient représenter une base de développement pour les autres thèmes.

PRI SE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CHRONIQUE RÉNALE

Définition

Ce thème est abordé à travers les indicateurs suivants :

- Évaluation du niveau de l'insuffisance rénale ;
- Bilan initial de leur IRC ;
- Avis néphrologique ;
- Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques ;
- Traitement par IEC ou ARA II ;
- Continuité de la prise en charge pour les patients avec un DFG < 60 ml/min ;
- Recommandation sur les produits néphrotoxiques.

Ces indicateurs seraient à recueillir dans les dossiers de nouveaux patients hospitalisés et dont le séjour PMSI contient un code d'insuffisance rénale.

Coordination

Réunions avec les représentants de la Société française de néphrologie.

Action

Au cours de l'année 2008, les réunions avec les experts ont permis de construire un indicateur applicable au milieu hospitalier pour un premier test. En complément de cette thématique, un indicateur sur la prise en charge des patients hémodialysés a été construit et deux réunions de travail avec l'Assurance maladie ont été menées afin d'envisager des indicateurs de filière.

Perspectives

L'assurance maladie accepte un partenariat avec Compaqh permettant l'analyse de ces bases de données. La demande d'autorisation à la CNIL est en cours et subordonne le démarrage du test.

PRI SE EN CHARGE DU DI ABÈTE DE TYPE 2

Définition

Ce thème est composé de :

- Dosage de l'HbA1c trimestriel ;
- Surveillance pondérale quadrimestrielle ;
- Bilan lipidique annuel ;
- Consultation ophtalmologique annuelle ;
- Surveillance annuelle de la fonction rénale ;
- Dépistage annuel d'une protéinurie et recherche d'une micro-albuminurie ;
- ECG de repos annuel.

Action

Testé fin 2005, cet indicateur développé pour les établissements SSR pose un problème d'imputabilité des résultats entre les différents acteurs entrant dans la coordination de la prise en charge (SSR, MCO et médecine libérale). Cet indicateur évalue cette coordination, sans que le résultat soit imputable à l'établissement SSR.

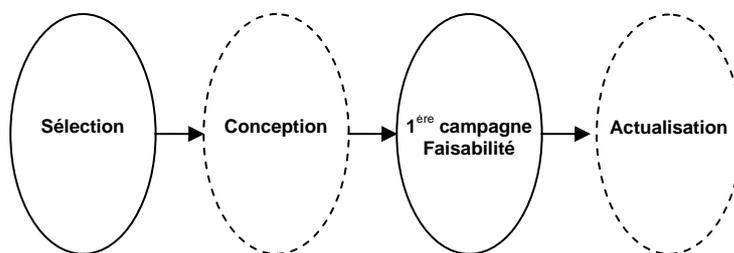
En 2007 le périmètre d'application de cet indicateur a été repris amenant au basculement de l'OP « Pratiques Cliniques » à l'OP « Garantir la coordination des soins et améliorer la prévention secondaire ».

La méthodologie sur les indicateurs concernant les maladies chroniques est actuellement abordée à travers le thème de l'insuffisance rénale chronique. L'objectif est que le travail qui en sera issu soit applicable à différents thèmes sur les maladies chroniques.

Perspectives

L'actualisation du cahier des charges se fera en coordination effective avec la HAS (service des maladies chroniques) et souhaitable avec l'assurance maladie.

Indicateurs en attente de cadrage



Indicateurs concernés

Prise en charge de la douleur (cadre à définir)

- Prise en charge en urgence des suicidants (cadre à définir) ;
- Césarienne (cadre à définir) ;
- Évaluation médicale et sociale des patients hospitalisés en longue durée en psychiatrie (cadre à définir) ;
- Évaluation du statut nutritionnel des personnes à risque (cadre à définir) ;
- Prise en charge de l'asthme ;
- Prise en charge de l'insuffisance cardiaque (cadre à définir) ;
- Suivi de recommandations de bonne pratique (cadre à définir) ;
- Champ de la iatrogénie médicamenteuse (conception engagée) ;
- Évaluations des plaintes et réclamations des patients (conception engagée) ;
- Éducation thérapeutique dans le cadre de la prise en charge des pathologies chroniques (actualisation suspendue) ;
- Gestion du risque d'escarres en établissements de soins (actualisation suspendue) ;
- Suivi de l'utilisation des chambres d'isolement (actualisation suspendue) ;
- Prise en charge du cancer du côlon non métastatique (actualisation suspendue) ;
- Bilan pré-thérapeutique du cancer de la prostate non métastatique (actualisation suspendue) ;
- Admission en structure de soins de suite et de réadaptation (actualisation suspendue) ;
- Coordination de la prise en charge et suivi social (actualisation suspendue).

Le travail sur ces indicateurs est en attente de cadrage de la part des institutions.

PRI SE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Sur le thème de la douleur, l'équipe Compaqh a transféré en 2006 aux pouvoirs publics l'indicateur « Traçabilité de l'évaluation de la douleur », qui a été généralisé à l'ensemble des établissements MCO par la HAS en 2008. Cet indicateur est repris après tests pour tous les secteurs d'activité sauf la santé mentale.

Action

En 2008, l'équipe de coordination du projet a participé aux réunions du groupe DHOS axées sur le développement d'indicateurs concernant la prise en charge de la douleur, dans le cadre du plan national.

PRI SE EN CHARGE EN URGENGE DES SUICIDANTS

Ancien nom

Prise en charge hospitalière des suicidants.

Ancienne définition

Le thème était composé d'indicateurs de processus et de résultats : Entretien avec un psychiatre dans les 24 heures ; Utilisation d'une échelle d'évaluation structurée du risque de récurrence durant le séjour hospitalier ; Évaluation de la situation sociale du suicidant ; Remise à la sortie d'une information sur la conduite à tenir en cas d'urgence ; Suicides et tentatives de suicide chez les patients hospitalisés.

Cet indicateur n'est pas spécifique à la psychiatrie. Il évalue principalement la prise en charge par les services d'urgences.

Actions

Dans le cadre du développement du dossier du patient en psychiatrie, en 2009, le projet Compaqh a présenté le thème de la prise en charge des « suicidants » aux représentants professionnels de la psychiatrie (Association des établissements gérant des secteurs de santé mentale (ADESM), collègue national pour la qualité des soins en psychiatrie, fédération française de psychiatrie, fédération de l'hospitalisation privée, conférences de CME), mais il n'a pas fait l'objet de travaux spécifiques.

Perspectives

L'actualisation de cet indicateur doit passer par une coordination avec les différents services de la DHOS, notamment ceux qui engagent les plans « urgence » et « santé mentale ».

CÉSARIENNES

Un travail de réflexion a été engagé sur le thème, orienté sur les césariennes chez les primipares. Une des difficultés rencontrées dans le développement de cet indicateur concerne les tirages au sort des dossiers et l'absence dans le PMSI de données sur la primipare. Or, l'analyse du taux brut de césarienne est ambiguë en matière de qualité des soins.

ÉVALUATION MÉDICALE ET SOCIALE DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN LONGUE DURÉE EN PSYCHIATRIE

Le périmètre de cet indicateur concernant la santé mentale doit être précisé avant de le mettre en conception avec un groupe de travail.

Ce thème pourrait être travaillé avec celui de la coordination de la prise en charge.

ÉVALUATION DU STATUT NUTRITIONNEL DES PERSONNES À RISQUE

Le périmètre de cet indicateur doit être précisé avant de le mettre en conception avec un groupe de travail.

Ce thème pourrait être développé avec celui de l'éducation thérapeutique.

SUIVI DE RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Ce thème générique concerne l'organisation de la prise en charge à partir des recommandations de bonne pratique. Les indicateurs de pratiques cliniques développés dans Compaqh sont retenus selon des arguments fondés sur la fréquence pour les principales pathologies aiguës ; la coordination des soins pour les pathologies chroniques ; le point d'ancrage de ces pratiques repose sur l'organisation de la prise en charge qui peut être évaluée avec un indicateur générique portant sur la mise en œuvre des protocoles de bonne pratique.

Le développement de ce thème nécessite un cadrage précis.

PRI SE EN CHARGE DE L'ASTHME

Définition

Ce thème serait constitué de 7 indicateurs :

- Hospitalisation en urgence pour asthme ;
- Évaluation de la sévérité de l'asthme ;
- Éducation thérapeutique ;
- Traitement de fond adapté ;
- Élaboration d'un plan d'action personnalisé ;
- Suivi du patient avant l'hospitalisation ;
- Suivi du patient après l'hospitalisation.

Coordination

Le cadre d'analyse proposé nécessite une coordination avec la HAS (service des maladies chroniques). Même si la population cible est définie lors d'un passage aux urgences, il convient d'évaluer le parcours du patient en amont de celles-ci.

PRI SE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Définition

Le thème pourrait se décomposer en 3 parties :

- *Prise en charge médicale hospitalière :*

- Évaluation de la fonction ventriculaire gauche ;
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ou antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARB) en cas de dysfonction ventriculaire gauche ;
- Bêtabloquant à la sortie ;
- Anticoagulants en cas de fibrillation auriculaire.

- *Coordination des soins :* Inclusion dans un réseau « insuffisance cardiaque »

- *Éducation thérapeutique :*

- Conseils sur l'arrêt du tabac ;
- Éducation thérapeutique avant la sortie.

CHAMP DE LA IATROGÈNE MÉDICAMENTEUSE

Coordination

En avril 2008, une réunion a été organisée par la HAS à la demande de la Société française de pharmacie clinique (SFPC) afin d'engager les coordinations utiles dans le champ de la certification et de l'EPP. À l'issue de cette réunion, la HAS a proposé « de monter, en collaboration avec la SFPC, un groupe de travail associant l'ensemble des partenaires, y compris les prescripteurs, avec pour objectif la production d'un indicateur à faire expérimenter dans le cadre de Compaqh ».

Le groupe de travail a été constitué et réunit :

- 4 représentantes de la SFPC dont la Présidente ;
- Des représentants des équipes de recherche CCECQA, COMPAQH et PATH ;
- Une représentante de l'ARH Aquitaine ;
- La HAS.

La première réunion (24/06/08) a eu pour objectif de présenter l'existant issu des programmes de recherche en cours et notamment le projet aquitain (GINQA MEDINA) qui teste un indicateur sur le bon usage et la iatrogénie médicamenteuse à partir de critères organisationnels et des Contrats de Bon Usage du Médicament (CBUM).

Action

Le groupe a alors validé le travail de développement d'un indicateur composite dans le champ de la iatrogénie médicamenteuse, hors dispositifs médicaux. Le champ retenu pour l'indicateur est analysé à partir de 7 domaines : Management ; Formation ; Coordination ; Gestion des risques ; Communication ; Prévention ; Interface amont/aval. Les travaux se sont terminés fin juin 2009 dans l'attente d'une validation professionnelle et institutionnelle. La réunion du 8 septembre avait cet objectif :

- Validation professionnelle par un groupe élargi avec des médecins représentants de 1) la Société française de gériatrie ; 2) la Société française de pharmacologie et de thérapeutique ; 3) la Société française de pédiatrie ; 4) les réanimateurs ; 5) les anesthésistes ; 6) les médecins généralistes (RSSMG). Le groupe comprendra également des représentants des fonctions hospitalières impliquées, notamment directeur des soins, gestionnaire des risques, directeur qualité et directeur.
- Validation institutionnelle avec la DHOS, l'InVS et l'AFSSAPS.

Perspectives :

Dans un contexte d'attente de la publication de l'arrêté relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, et en lien avec l'existence d'une pratique exigible prioritaire (PEP) dans la V2010 « démarche et sécurité de la prise en charge médicamenteuse », la plus value du développement d'un indicateur de processus évaluant la structure et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé est discutée.

La gouvernance nationale des programmes de développement d'indicateurs s'appuie sur une coordination DGOS/HAS. Les thèmes prioritaires de développement d'indicateurs sont en cours de validation en lien avec les institutions et les partenaires professionnels.

ÉVALUATIONS DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS DES PATIENTS

Définition

Basé sur un score synthétique multi-items, cet indicateur sur l'évaluation des plaintes et des réclamations des patients et de leur entourage s'attachera à évaluer à travers 3 axes :

- L'organisation et le traitement des plaintes/réclamations ;
- L'organisation de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge vis-à-vis de la gestion des plaintes ;
- Le suivi des résultats et des actions engagées.

Coordination

Élabore en collaboration avec la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Participation aux réunions de la DHOS concernant l'élaboration d'un bilan standardisé d'activité des commissions.

Trois réunions du groupe de travail, constitué pour le développement de l'indicateur, réunissant la DHOS, la HAS, le CISS, des représentants des ARH et des représentants d'établissements impliqués dans la gestion des plaintes.

Action

Conçu sur le dernier semestre 2008, l'indicateur est composé de 3 axes et de 18 critères.

Perspectives

Finalisé début 2009, cet indicateur devait être testé en juin 2009 afin de tenir compte de la date de remise du rapport de CRU aux ARH. Il a été suspendu dans l'attente du renouvellement du projet et du positionnement des pouvoirs publics sur le nouveau programme de travail.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA PRI SE EN CHARGE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

Ancien nom

Éducation thérapeutique.

Ancienne définition

Existence d'un programme d'éducation thérapeutique comportant un volet nutritionnel, au sein de l'établissement ou dans le cadre d'une coopération formalisée.

Action

Testé en 2005, l'actualisation a commencé fin 2006 en lien avec le service des recommandations de pratiques professionnelles de la HAS, l'objectif étant d'élargir le champ d'application (tout programme d'éducation thérapeutique et pas seulement les volets nutritionnels dans le cadre du diabète).

En 2007 a donc été défini le périmètre d'application de cet indicateur qui a basculé ainsi de l'objectif prioritaire (OP) « Lutter contre les troubles nutritionnels » vers l'OP « Garantir la coordination des soins et améliorer la prévention secondaire ».

En 2008, l'indicateur a été retravaillé sur 2 axes : un score synthétique de 22 items répartis en 2 groupes et une analyse de dossiers :

- 15 items relatifs à la qualité de l'élaboration d'un programme structuré spécifique d'une maladie chronique. Source : Programme structuré spécifique d'une maladie chronique, Projet d'éducation thérapeutique, etc. ;
- 7 items relatifs à la qualité du programme personnalisé d'ETP et à la mise en œuvre de ce programme pour un échantillon de patients concernés. Source : Dossier des patients engagés dans un programme d'ETP, nombre à déterminer.
-

Le guide de la HAS concernant la « structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » paru en juin 2007 a servi de base à l'actualisation.

L'indicateur construit doit faire l'objet d'un consensus entre les professionnels avant d'être testé.

Perspectives

Un des axes du groupe DHOS sur « la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques » est consacré à l'éducation thérapeutique. Ce groupe doit établir un consensus entre les attentes de la DHOS et celles des professionnels, des associations de patients, des régimes d'assurance maladies. Le périmètre d'évaluation devra être défini dans le cadre de ce groupe et les travaux d'ores et déjà menés par Compaqh pourront ainsi être adaptés.

GESTION DU RISQUE D'ESCARRES EN ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

Le thème des escarres se décline en deux indicateurs élaborés avec les experts du domaine : un indicateur de processus à partir de l'analyse d'un échantillon de dossiers (généralisé en 2009) et un score composite à l'échelle de l'établissement.

Cette fiche présente le développement de l'indicateur composite concernant la gestion de l'établissement vis-à-vis de ce risque.

Définition

Score composite qui vise à évaluer l'organisation générale de l'établissement dans la prévention des escarres. Il est composé des axes suivants :

- Engagement de l'établissement ;
- Mesure(s) ;
- Prévention de l'escarre ;
- Évaluation, suivi et traitement de l'escarre.

Coordination

Collaboration avec des experts du domaine débutée fin 2007 et tout au long du développement.

Représentants de l'association PERSE (Prévention éducation recherche soins Escarres), l'ARSI (Association de recherche en soins infirmiers), la Société française et francophone des plaies et cicatrises (SFFPC) et de la HAS.

Action

Après une revue des recommandations existantes dans le domaine, il a été décidé de développer un indicateur de type synthétique. Suite au travail avec les experts, une première version a été testée de novembre à décembre 2008 dans tous les établissements du panel, tous secteurs confondus.

Perspectives

Les résultats de l'indicateur ont été présentés aux experts en mars 2009 et actualisés. Un second test, envisagé fin 2009, a été suspendu dans l'attente du renouvellement du projet et du positionnement des pouvoirs publics sur le nouveau programme de travail.

SUIVI DE L'UTILISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT

Définition

Ce thème est composé d'indicateurs de processus :

- Prescription médicale de la mise en chambre d'isolement ;
- Indication de la mise en chambre d'isolement ;
- Durée d'isolement tracée et conformité de la modalité d'hospitalisation ;
- Documents relatifs à la mise en chambre d'isolement ;
- Visite médicale au cours de l'isolement.

Coordination

Travail avec les professionnels des établissements participant au projet Compaqh : réunions en janvier et en décembre 2008.

Action

Cet indicateur avait été développé et mis en test en juin 2006 : aucun établissement n'avait réalisé le recueil demandé. Du fait de la modification du panel de Compaqh concernant les établissements possédant des services de psychiatrie, il a été décidé en 2007 de reprendre les outils développés de manière à les rendre plus simples et d'enlever les indicateurs de résultats (non pertinents) qui composaient la première version.

Le nouveau cahier des charges a été discuté avec les établissements du projet Compaqh en janvier 2008 et testé de mars à mai 2008.

Les résultats ont été présentés en décembre 2008 à l'ensemble des établissements ayant réalisé le recueil.

En janvier 2009, l'analyse de la première campagne a été exposée aux représentants professionnels de la psychiatrie (association des établissements gérant de santé mentale (ADESM), collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, fédération française de psychiatrie, fédération de l'hospitalisation privée, conférences de CME). L'évaluation du processus de mise en chambre d'isolement se limitera aux séjours pour lesquels « l'isolement » aura été codé dans le RIMP.

Perspectives

Le second test, prévu au cours du deuxième semestre 2009, a été suspendu dans l'attente du renouvellement du projet et du positionnement des pouvoirs publics sur le nouveau programme de travail.

PRI SE EN CHARGE DU CANCER DU COLON NON MÉTASTATI QUE

Définition

Pourcentage de dossiers de cancers du côlon non métastatiques opérés pour lesquels la classification postopératoire et le traitement adjuvant ont été bien conduits.

Indicateur de processus.

Coordination

Coordination sur l'actualisation avec l'INCa, la HAS et la FNCLCC.

Perspectives

L'indicateur doit faire l'objet d'une actualisation. Du fait de la charge de travail et des priorités mises dans le développement des indicateurs, le travail sur le thème du cancer du côlon a été reporté.

BI LAN PRÉ-THÉRAPEUTI QUE DU CANCER DE LA PROSTATE NON MÉTASTATI QUE

Définition

Ce thème évalue l'ensemble des éléments composant le bilan pré-thérapeutique des patients pris en charge pour traitement curatif d'un cancer de la prostate.

Le set d'indicateurs qui composent ce thème est au nombre de 7 : Bilan clinique et biologique ; Biopsie prostatique et examen histo-pathologique ; Classification TNM ; Évaluation de l'espérance de vie du patient ; Scintigraphie osseuse ; Réunion de concertation pluridisciplinaire ; Information et choix du patient.

Perspectives

L'indicateur doit être actualisé en lien avec l'Association française des urologues (AFU). Cette actualisation n'a pu être réalisée.

ADMISSION EN STRUCTURE DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Ancien nom

Attente avant admission dans l'établissement.

Ancienne définition

Délai d'attente en jours entre la date de demande d'admission dans l'établissement et la date d'entrée du patient.

Action

Testé en octobre 2004, la première campagne montrait qu'il existait un effet induit négatif de la mesure. Par exemple lors d'un transfert organisé dès l'admission par un service MCO vers un établissement SSR, l'attente avant admission sera longue (incluant la durée du séjour en MCO), mais justifiée. Afin de conserver ce thème, début 2007 une analyse a été engagée sur les différentes options possibles: revoir le champ d'analyse, n'évaluer que certains transferts, associer des indicateurs de résultats tels que le taux de refus, ou le taux de patients admis dans le cadre de filières de soins.

Un cahier des charges a été développé dans ce sens mais n'a pas été testé.

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE ET SUIVI SOCIAL

Regroupement de deux indicateurs : Prise en charge sociale et Coordination de la prise en charge.

Définitions

Prise en charge sociale :

→ Ratio de patients bénéficiant d'une prise en charge par le service social de l'établissement (ou son équivalent).

Coordination de la prise en charge :

→ Non développé.

Action

Testé en décembre 2004, l'indicateur sur la prise en charge sociale se heurte à différents problèmes, notamment celui de validité de contenu : l'indicateur mesure le contact à deux reprises avec une assistante sociale ce qui aux yeux des professionnels reste peu spécifique d'une bonne prise en charge sociale et représente surtout un indicateur évaluant les ressources disponibles. En 2007, a été explorée la possibilité de construire un indicateur composite en lien avec les établissements et les sociétés savantes du champ des SSR évaluant l'existence d'un projet de soins et la coordination de la prise en charge.

En 2008, une étude préliminaire sur le sujet a été menée en interne au projet.

Liste des publications, communications, rapports

Publications à Comité de lecture

-
- 2010 - **Suitability of three indicators measuring the quality of coordination within hospitals** (E.Minvielle, H. Leleu, F.Capuano, C. Grenier, P. Loirat, L.Degos)
-
- 2009 - **Information publique sur la qualité et comportement des patients** (E. Minvielle)
-
- 2009 - **Evaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé** (G. Duhamel, E. Minvielle)
-
- 2009 - **Management en santé : Recherches actuelles et enjeux de demain** (E. Minvielle)
-
- 2009 - **Usages des indicateurs de qualité en établissement de santé** (E. Berard, M. Gloanec, E. Minvielle)
-
- 2009 - **Performance of French intensive care units : A directional distance function approach at the patient level** (B. Devraux, H. Leleu, E. Minvielle, V. Valdmanis, P. Aegerter, B. Guidet)
-
- 2008 - **Le classement des hôpitaux : une nouvelle manière de rendre des comptes** (A. Schilte, E. Minvielle)
-
- 2008 - **How to limit the burden of data collection for Quality Indicators based on medical records? The COMPAQH experience** (C. Corriol, V. Daucourt, C. Grenier, E. Minvielle)
-
- 2008 - **Hospital performance : Competing or shared values?** (E. Minvielle, C. Sicotte, F. Champagne, A.P. Contandriopoulos, M. Jeantet, N. Préaubert, A. Bourdil, C. Richard)
-
- 2008 - **Évaluation des pratiques professionnelles, Certification et Performance hospitalière** (C. Gardel, E. Minvielle)
-
- 2008 - **COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers** (C. Corriol, C. Grenier, C. Coudert, V. Daucourt, E. Minvielle)

Publications sans Comité de lecture

-
- 2008 - **Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé: États des lieux et perspectives dans le contexte français.** Lambert-Evans S, Filet B, Loirat P, Minvielle E.
-
- 2007 - **COMPAQH : Développement des indicateurs en matière de qualité et de sécurité hospitalière.** Minvielle E.

Communications orales et/ou posters avec sélection

-
- 2009 - **Key Factors in Improving Quality on the basis of Indicators.** Gloanec M, Capuano F, Loirat P, Minvielle E.
Communication orale, 26th ISQuA congress, Dublin, Octobre 2009
-
- 2009 - **Développement d'un set d'indicateurs sur la thématique des escarres.** Ferrua M, Lambert-Evans S, Capuano F, Morin S, Loirat P, Minvielle E.
Poster, 9^{èmes} Journées Nationales de l'Escarre, Paris, Septembre 2009
-
- 2009 - **Management of quality - Developing an operational tool to identify "situations" of non-quality.** Gloanec M, Chaukat D, Capuano F, Grenier C, Loirat P, Minvielle E.
Poster, Berlin International Forum-BMJ, Berlin, Mars 2009
-
- 2009 - **Measuring culture organization and well-being in hospitals, Generalisation in three key-sites.** Capuano F, Lambert-Evans S, Gardel C, Minvielle E.
Poster, Berlin International Forum-BMJ, Berlin, Mars 2009
-
- 2008 - **Réussir un programme de gestion de la qualité hospitalière fondé sur des indicateurs : Identification de facteurs-clés.** Gloanec M, Berard E, Minvielle E.
Présentation orale & communication écrite, AIMS, Journée de Recherche «Défis des organisations de santé: Défis des sciences de gestion», Lyon, 20 novembre 2008

Communications orales et/ou posters avec sélection (suite)

2008 - **Practical translation of scientific base in building an indicator system.** Minvielle E.
Oral presentation, 25th ISQuA congress, Copenhagen (Denmark), October 2008

2008 - **Measuring Culture, Organization and Wellbeing: A French experience.** Capuano F, Lambert-Evans S, Gardel C, Minvielle E.
Oral presentation, 25th ISQuA congress, Copenhagen (Denmark), October 2008

2008 - **Indicator on Multidisciplinary Review Meeting for Cancer patients: the French example.** Morin-Planche S, Couralet M, Gardel M, Grenier C, Minvielle E.
Poster, 25th ISQuA congress, Copenhagen (Denmark), October 2008

2008 - **Management of quality: from measurement to improvement. A French experience.** Gloanec M, Chaukat D, Capuano F, Grenier C, Loirat P, Minvielle E.
Poster, 25th ISQuA congress, Copenhagen (Denmark), October 2008

2008 - **Indicators of Delays in the care cycle for breast-cancer patients: An (un?) successful French Experience.** Couralet M, Morin-Planche S, Gardel C, Grenier C, Minvielle E.
Poster, 25th ISQuA congress, Copenhagen (Denmark), October 2008

2008 - **Development of quality indicators. Partnership with health professionals.** Couralet M, Gardel C, Minvielle E.
Oral presentation, 7th International Conference on Health Economics, Management & Policy, Athens (Greece), 10-13 July 2008

2008 - **Assessing the Characteristics of Quality Indicators: The COMPAQH Project.** Minvielle E, Irgel C, Corriol C.
Oral presentation, 15th Annual Conference of the German Society for Quality Management in Health Care (GQMG) & European Society for Quality in Healthcare (ESQH). Hamburg (Germany), Mai 2008

2008 - **Rémunération à la Performance dans le contexte sanitaire français.** Minvielle E, Irgel C.
Introduction du séminaire HAS-DHOS-CNAMTS, HAS, Paris, 6 février 2008

2008 - **Perspectives : Quels principes d'une Rémunération à la Performance ?** Minvielle E, Irgel C.
Synthèse du séminaire HAS-DHOS-CNAMTS, HAS, Paris, 6 février 2008

2007 - **Financement de la Qualité ou «P4P »: Etat des lieux.** Minvielle E, Irgel C.
Présentation orale, Les Rencontres 2007 de la HAS "Ensemble, améliorons la qualité en santé", Paris, 17-18 décembre 2007

2007 - **Intégration des expériences étrangères dans le projet COMPAQH.** Gardel C, Minvielle E.
Présentation orale, Les Rencontres 2007 de la HAS "Ensemble, améliorons la qualité en santé", Paris, 17-18 décembre 2007

2007 - **Feasibility of implementing indicators for auditing patient records in France (COMPAQH Project).** Calmus S, El Khammar M, Gardel C, Minvielle E.
Oral presentation, 23th International Society for Quality in Health Care, Boston (USA), 30 September - 3 October 2007

2007 - **Auditing of early medical management of acute stroke: an assessment by COMPAQH.** Goubet S, Gardel C, Capuano F, Minvielle E.
Poster, 23th International Society for Quality in Health Care, Boston (USA), 30 September - 3 October 2007

2007 - **Assessing the quality of quality indicators for French hospitals: the COMPAQH experience.** Corriol C, Grenier C, Gardel C, Daucourt V, Minvielle E.
Oral presentation (in German), Kongress 'Medizin und Gesellschaft, Augsburg (Germany), 17. - 21. September 2007

Rapports (Hébergés sur notre site Internet compaqh.fr)

2009 - Projet COMPAQH 2ème phase: Rapport annuel 2008

2009 - Facteurs - clés d'une amélioration de la qualité à partir de la mesure

2009 – Projet COMPAQH 2ème phase: Rapport annuel 2007

2008 - Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français : État des lieux et Perspectives

2008 - Union nationale de Formation et d'évaluation en médecine Cardio-vasculaire : Rapport final

2008 - Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé: État des lieux et Perspectives

2008 - Etude « Pilotage Interne »

2007 - Évaluation comparative des indicateurs COMPAQH : Etat des initiatives internationales

2007 - Impact de la diffusion publique des indicateurs de qualité de soins: L'exemple d'ICALIN

2007 – Accessibilité architecturale, ergonomique et informatique

2007 - De COMPAQH 1 à COMPAQH 2 : La transition

2007 - Projet COMPAQH 2ème phase: Rapport annuel 2007

Collaborations avec les institutions/professionnels

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
Association des établissements gérant de santé mentale (ADESM),
Association française pour l'étude du foie
Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique
Association PERSE (Prévention Education Recherche Soins Escarres)
Collectif inter associatif sur la santé (CISS)
Collège des addictions
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif (FEHAP)
Fédération française de psychiatrie (FFP)
Fédération hospitalière de France (FHF)
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Mutualité française
Société de réanimation de langue française (SRLF)
Société française d'alcoologie (SFA)
Société française de cardiologie (SFC)
Société française de médecine d'urgence (SFMU)
Société française neuro-vasculaire (SFNV)
Société française de néphrologie (SFN)
Société française de pharmacie clinique (SFPC)
Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM)
Société française et francophone des plaies et cicatrisations (SFFPC)
Société francophone de dialyse
Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE)

Collaborations et mémoires

Structures avec lesquelles se sont nouées les collaborations les plus notoires :

- Centre de recherche en gestion, École polytechnique (Unité Cnrs)
- Irdes
- Essec
- Université de Montréal
- Université Paris VI
- Université de Pennsylvanie (Wharton School)

Par ailleurs, une forte interaction naturelle est assurée avec le Cermes (Unité mixte Inserm/Cnrs), structure à laquelle Etienne Minvielle est rattaché. Cette interaction se traduit notamment par la participation de Marc Le Vaillant aux travaux portant sur l'agrégation.

Compaq a été lieu de stage pour les mémoires des personnes suivantes :

- Emilie Bérard (Master GDO)
- José Biedermann, Médecin DIM, (Master Sciences Po)
- Dima Chaukat (Master Paris XI)
- Sophie Guérin (ISUP)
- Henri Leleu (Master Paris XI)
- Anne-Sophie Lot (Master M2, Paris XI)
- Aurore Schilte (Master GDO)
- Noémie Soulier (Ensaï)
- Hélène Tharrault (Ensaï)

Comité de pilotage et comité de suivi

Membres du comité de pilotage

Jérôme ANTONINI	FEHAP
Eliane APERT	DHOS
Sandrine BILLET	FHP
Frédéric BOUSQUET	HAS
Annie BRANDON	ARH Aquitaine
Jean-François CAILLAT	FHF
Christelle CAVARD	FNMF
Valentin DAUCOURT	RéQua
Gilles GAEBEL	CISS
Alain GARCIA	ARH Aquitaine
Yves GAUBERT	FHF
Catherine GRENIER	FNCLCC
Brigitte HAURY	Drees
Anne LAZAREVITCH	CISS
Raymond LE MOIGN	HAS
Hélène LOGEROT	FEHAP
Anne Charlotte LORCY	FNMF
Michel MARTY	CNAMTS
Pascal MEEUS	Personne qualifiée
Jean-Marc NADAL	DHOS
Lucile OLIER	Drees
Valérie SALOMON	HAS
Frédéric SANGUIGNOL	Personne qualifiée et FHP
Véronique SUC	FHP

Membres du comité de suivi

Frédéric BOUSQUET	HAS
Christine GARDEL	HAS
Brigitte HAURY	Drees
Céline MOTY-MONNEREAU	Drees
Jean-Marc NADAL	DHOS
Valérie SALOMON	DHOS

Liste des établissements du panel

Listing au 31.12.2009

Liste des établissements du Panel COMPAQH Classement par ordre alphabétique de la ville			
	Etablissements	Ville	Type
1	Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens	AMIENS	MCO
2	Centre Hospitalier Universitaire d'Angers	ANGERS	MCO
3	Centre Hospitalier de Blaye	BLAYE	MCO
4	Clinique du Château de Vernhes	BONDIGOUX	SSR
5	Hôpital d'Instruction des Armées "Robert Picqué"	BORDEAUX	MCO
6	Institut Bergonié	BORDEAUX	CLCC
7	Centre Hospitalier Privé Saint Martin	CAEN	MCO
8	Clinique du Mas de Rochet	CASTELNAU LE LEZ	SSR
9	Centre Hospitalier de Chartres	CHARTRES	MCO
10	Clinique des Cèdres	CORNEBARRIEU	MCO
11	CMPR de Coubert	COUBERT	SSR
12	Centre Hospitalier de Dax	DAX	MCO
13	Polyclinique Saint François - Saint Antoine	DESERTINES	MCO
14	Centre Hospitalier de Dieppe	DIEPPE	MCO
15	Clinique de Fontaine	FONTAINE LES DIJONS	MCO
16	Clinique de la Marche	GUERET	MCO
17	Clinique Pen An Dalar	GUIPAVAS	PSY
18	Centre Hospitalier de La Réole	LA REOLE	MCO
19	CMC Parly II	LE CHESNAY	MCO
20	Centre de Soins de Suite et de Réadaptation Chateaufort	LEOGNAN	SSR
21	Centre Oscar Lambret	LILLE	CLCC
22	Centre Léon Bérard	LYON	CLCC
23	Centre Hospitalier Intercommunal de Marmande-Tonneins	MARMANDE	MCO
24	Centre Hospitalier de Mont de Marsan	MONT DE MARSAN	MCO
25	Clinique Beau Soleil	MONTPELLIER	MCO
26	Fondation de la Maison du Diaconat	MULHOUSE	MCO
27	Nouvelles Cliniques Nantaises	NANTES	MCO
28	Clinique du Mont Duplan	NIMES	PSY
29	Hôpital Lariboisière - AP-HP	PARIS	MCO
30	Centre Hospitalier des Pyrénées	PAU	PSY
31	Clinique d'Aufrery	PIN BALMA	PSY
32	Centre Hospitalier Henri Laborit	POITIERS	PSY
33	Clinique Mutualiste "La Sagesse"	RENNES	MCO
34	Clinique Mutualiste Saint-Etienne	SAINT-ETIENNE	MCO
35	Centre Hospitalier de Saint-Nazaire	SAINT-NAZAIRE	MCO
36	CHS de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté	SAINT-REMY	PSY
37	Hôpital Foch	SURESNES	MCO
38	Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux	TALENCE	MCO
39	Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne	TOULON	MCO
40	Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles Pasteur	TROYES	SSR
41	Centre Hospitalier de Vendôme	VENDOME	MCO
42	Institut Gustave Roussy	VILLEJUIF	CLCC

Équipe de coordination du projet COMPAQH au 31/12/2009

Responsable scientifique

Dr. Etienne MINVIELLE

Conseiller Médical

Dr. Philippe LOIRAT

Médecin

Dr. Valentin DAUCOURT

Statisticiens

Frédéric CAPUANO, Mélanie COURALET, Sophie GUERIN

Coordinatrice du développement des indicateurs et des recueils de données

Sandrine MORIN

Chargés d'études - Assistants de Recherche en Qualité

Marie FERRUA, Marie GLOANEC, Zineb MESSARAT

Internes de santé publique

Henri LELEU/Anne-Sophie LOT

Gestion du projet - secrétariat

Lynda BENNACI

Ont également participé au projet durant la période 2006-2009 : Clémence Boisseau, Mohammed El Khammar, Valérie Ertel-Pau, Léa Etcheverry, Christine Gardel, Philippe Gérard-Dematon, Cornelia Irgel, Sophie Lambert-Evans, Soumia Metraqa, Jean-Pierre Oum-Oum, Benjamin Saïman, Virgile Tanc, Cyrielle Tirelli.