

Ensemble, améliorons la qualité en santé

Indicateurs de pratique clinique

Définition

Les indicateurs de pratique clinique (IPC) constituent un sous ensemble des indicateurs de qualité en santé. Ces indicateurs concernent une situation clinique concrète (symptômes, maladie, événement indésirable) ; ils portent sur les pratiques cliniques et sur les processus contribuant directement aux résultats cliniques. Ils permettent d'objectiver le niveau de qualité des pratiques cliniques / professionnelles. Leur finalité est de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Principes et méthode

L'élaboration et la définition des IPC sont réalisées en liaison avec les professionnels de santé et ciblent les points clés de la pratique. L'interprétation des résultats des IPC, faite avec les professionnels de santé, prend en compte l'ensemble de la situation clinique et le contexte de l'exercice professionnel.

Utilisations

Les IPC sont essentiels à la mesure et au suivi de l'impact clinique des actions d'amélioration des pratiques. Ils peuvent être mis en œuvre sur l'ensemble d'une filière de prise en charge, être utilisés dans les différents secteurs du soin (ambulatoire, établissement), ou à des fins de comparaison.

La HAS développe des IPC sur des priorités de santé publique et en généralise certains en établissement de santé. Inscrits dans une démarche d'optimisation des pratiques cliniques et du service rendu au patient, les IPC matérialisent les actions d'amélioration et peuvent utilement supporter l'élaboration de programmes de développement professionnel continu.

POURQUOI DES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE ?

■ Pour analyser, suivre et améliorer une situation clinique

- Les indicateurs de pratique clinique (IPC) sont développés sur les points clés d'une situation clinique : prise en charge d'une maladie (ex : infarctus du myocarde), conduite à tenir devant un symptôme (ex : plaintes du sommeil), survenue d'un événement indésirable (ex : chutes). Ils permettent d'appréhender les situations de monopathologie, de polypathologie ou de la prise en charge par symptôme. Ils fournissent des informations portant sur l'efficacité des soins (bénéfice des soins), la sécurité des soins (gestion des risques liés aux soins), ou l'accès aux soins, qui constituent les 3 piliers de la qualité des soins.
- Les IPC constituent ainsi des outils d'analyse et de mise en œuvre de la qualité des pratiques prenant en compte les aspects de la bonne pratique (ex : prescription appropriée, diagnostic étiologique réalisé) et du parcours du patient (ex : accès à la bonne filière de prise en charge). Ils facilitent la mise en œuvre des recommandations, permettent d'évaluer et suivre les pratiques au regard d'objectifs définis d'amélioration de la qualité des soins, pouvant porter sur l'efficacité, la sécurité ou le recours/accès aux meilleurs soins.

COMMENT ÉLABORER LES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE ?

■ En combinant expertise clinique et preuves scientifiques

• Méthode d'élaboration des IPC

Les IPC sont élaborés avec l'aide de la HAS et avec les professions de santé impliqués dans la situation clinique considérée - organisations professionnelles, sociétés savantes, collèges de bonnes pratiques, coordinateurs de registres de pratique - constitués en groupe multidisciplinaire et multiprofessionnel/plateforme thématique d'échanges.

- ▶ Choix d'un thème de santé prioritaire : situation clinique ou maladie.
- ▶ Démarche participative : analyse partagée des pratiques réelles, de la pratique optimale et des dysfonctionnements.
- ▶ Analyse de la littérature, des travaux de recherche, des mises en œuvre en France et à l'étranger.
- ▶ Proposition de numérateurs correspondants aux étapes clés.
- ▶ Dénominateurs ciblant les populations cliniquement pertinentes (profils de risque des patients).
- ▶ Choix consensuel d'un nombre restreint d'IPC représentatifs de la qualité de la prise en charge.
- ▶ Formalisation, validation par les organisations professionnelles et spécialités concernées.

• Critères de sélection

- ▶ Haute pertinence clinique : capacité de traduire les points clés de la prise en charge.
- ▶ Acceptabilité, faisabilité évaluées : peu consommateur de ressources, simple à mettre en place.
- ▶ Efficacité : assure facilement le suivi et la mesure d'impact des démarches entreprises.
- ▶ Robustesse, fiabilité de la mesure.

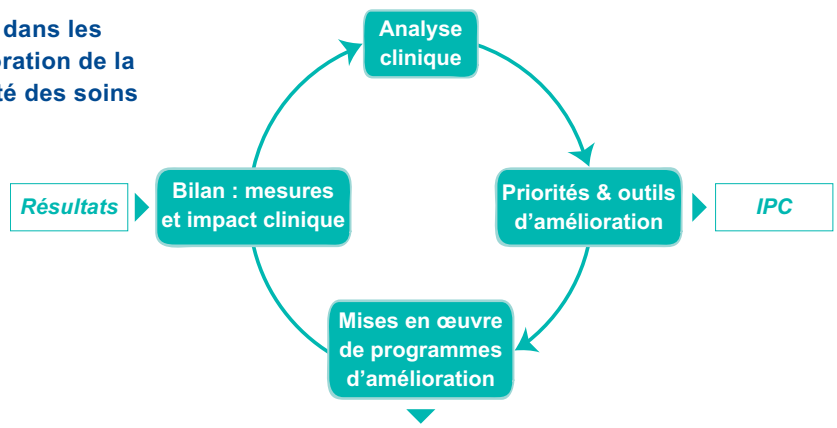
Tout comme les qualités métrologiques des indicateurs (fiabilité, reproductibilité, exhaustivité, dispersion de la mesure, universalité) sont adaptées en fonction des utilisations envisagées, celles des IPC doivent être testées secondairement pour une utilisation à des fins de comparaison (par exemple entre établissements de santé).

COMMENT UTILISER DES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE ?

■ Comme des repères partagés de qualité et sécurité des soins

- ▶ Références consensuelles partagées à disposition des professionnels (groupes d'échanges de pratiques, staff, etc.).
- ▶ Développement professionnel continu (DPC) ambulatoire comme hospitalier.
- ▶ Évaluation et suivi des éléments clés d'une situation clinique ou d'un parcours de soins (ex : registres de pratiques, observatoire, base de données des professionnels, recherche clinique, etc.).
- ▶ Programmes de réduction des risques des démarches d'accréditation des spécialités médicales à risque.
- ▶ Certification des établissements de santé (critères 2e et 28c du manuel V2010).
- ▶ Comparaison inter-établissements sur des éléments de pratique clinique.

Utilisation des IPC dans les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



IPC : registres de pratique, indicateurs en établissement (généralisés ou non), enquêtes, groupes d'analyse des pratiques, observatoires, études, recherche, certification, programmes de réduction des risques pour l'accréditation, etc.

COMMENT INTERPRETER LES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE ?

En analysant le contexte des pratiques et le parcours de soins avec les professionnels.

Les résultats des IPC doivent être analysés en tenant compte des commentaires médicaux et de l'ensemble de la prise en charge de la maladie (ou situation) considérée, notamment des résultats des autres IPC disponibles.

L'analyse partagée des résultats par l'ensemble des professions de santé concernées permet d'identifier et de prioriser les axes d'amélioration à mettre en place et à suivre.

Les IPC sont diffusés avec leurs résultats validés et commentés, sur le site de la HAS, sous forme de rapports publics, d'articles, de conférences et/ou communiqués de presse, etc. Ils témoignent de l'engagement des professionnels de santé à développer la qualité et la sécurité des soins.

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

■ Mise en œuvre sur l'ensemble d'une filière ou d'un parcours de soins :

Ex. : IPC partagés « Infarctus du myocarde : des 1^{ers} symptômes à 1 an de suivi »

- ▶ Parcours intégré : analyse et améliore toute la filière de prise en charge, ambulatoire et hospitalière ; suit les patients tout au long de leur parcours ; n'évalue pas les patients hors filière.
- ▶ Recueil prospectif le plus souvent : patients entrant dans la filière (registres de pratique, observatoires, tableaux de bord) ; base de données des professionnels ; recueil rétrospectif par audit ou enquêtes possible.
- ▶ Résultats : analyse contextualisée grâce au suivi de l'ensemble des indicateurs de la filière ; partage des résultats au sein de la filière et actions d'amélioration (ex : protocoles communs, répartition des rôles), en particulier sur les interfaces (coopération ville/hôpital).

■ Mise en œuvre centrée sur des éléments de l'étape hospitalière de la prise en charge : Ex. : IPC généralisés « Traitement de l'infarctus du myocarde à la sortie de l'hôpital »

- ▶ Au sein de l'établissement : cible tous les services, spécialisés ou non, sur des éléments repères de la prise en charge ; n'évalue pas l'accès à la filière
- ▶ Recueil rétrospectif : extraction à partir des codages PMSI des données de 60 à 80 dossiers ; base de données des établissements (HAS).
- ▶ Résultats : comparaison inter-établissements ; analyse à contextualiser à l'échelle de l'établissement de santé au regard des autres indicateurs disponibles sur la filière ; actions d'amélioration ciblées sur l'étape hospitalière analysée, coopération et coordination interservices.

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE ?

- La HAS met à votre disposition des indicateurs de pratique clinique* élaborés avec les professionnels de santé**.

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA FILIÈRE**

ÉTAPE 1 : PHASE AIGÛE PRÉHOSPITALIÈRE ET HOSPITALIÈRE (urgentiste et/ou cardiologue)

Mise en œuvre d'une stratégie de reperfusion
 Délai de réalisation de l'angioplastie
 Délai de réalisation de la thrombolyse
 Traitement approprié par antiagrégant plaquettaire
 Traitement antalgique
 Orientation directe en USIC avec cathétérisme 24/24
 Recours au 15 en première intention



ÉTAPE 2 : PHASE POST AIGÛE HOSPITALIÈRE ET SORTIE

(cardiologue, tout médecin prenant en charge ces patients en établissement de santé)

Indicateurs de comparaison inter-établissements

Évaluation de la fonction ventriculaire gauche
 Traitement approprié par β bloquant à la sortie
 Traitement approprié par Antiagrégant plaquettaire à la sortie
 Traitement approprié par Statine à la sortie
 Traitement approprié par Inhibiteur de l'enzyme de conversion à la sortie
 Délivrance de conseils pour l'arrêt du tabac aux patients tabagiques

Prescription d'un bilan lipidique à distance
 Sensibilisation aux règles hygiéno-dietétiques



ÉTAPE 3 : PHASE AMBULATOIRE POST INFARCTUS (médecin généraliste et/ou cardiologue)

1^{ère} consultation

Recherche de douleur thoracique et/ou de prise de nitrés
 Information pour le recours au 15
 Mesure de la pression artérielle
 Tolérance et d'observance au traitement BASI
 Suivi de l'exposition au tabac
 Information sur la nécessité d'une activité physique régulière

Optionnel: Mortalité post-infarctus à 30 jours

2^e consultation

Pratique d'une activité physique régulière
 Réalisation de réadaptation cardiaque
 Réalisation du bilan lipidique et glucidique

Suivi à 1 an

Traitement approprié par β bloquant à 1 an
 Traitement approprié par aspirine à 1 an
 Traitement approprié par clopidogrel à 1 an
 Traitement approprié par statine à 1 an
 Traitement approprié par inhibiteur de l'enzyme de conversion à 1 an
 Évaluation du suivi d'une alimentation équilibrée
 Correspondance médecin traitant - cardiologue

* Items courts / ** Programme pilote de la HAS « Ensemble, améliorons la prise en charge de l'infarctus du myocarde ».

Avec nos remerciements au Groupe de Coopération/Plateforme thématique. Démarche participative : CEPPRAL, CFMU, CHEM, CNGE, CNPC, FMC n°1, FNM, LORFOMEC, RSSMG, SFC, SFDRMG, SFMG, SFMU, SFTG, UFCV, UNAFORMEC, registres de pratique/observatoires CARDIO-ARHIF, E-MUST, Franche-Comté, RESCA+ 31, RICO, réseaux RESCUE, RESURCOR et RENUA.

HAS