

# EVOLUTION DU TABLEAU DE BORD DES IN : pistes de réflexion

Journées des praticiens en HH du CCLIN-Paris Nord  
PARIS - 16/12/08



**Dr Philippe GARNIER**  
Ministère de la santé  
Direction générale de la santé

## CONTEXTE NATIONAL DU TABLEAU DE BORD DES IN

### Les 5 caractéristiques du système français :

1. Recueil de données déclaratif
2. Résultats nominatifs par ES
3. Affichage public des résultats
4. Mise en œuvre et publication par l'Etat
5. Double objectif : information des usagers et outil de gestion pour l'ES

**Ensemble unique  
adapté à la culture française**

2

## Analyse critique du tableau de bord des IN (1)

### 1 - Les indices composites (ICALIN, ICATB) :

- **Contenu et cotation uniformes** quel que soit le profil d'activités de l'établissement
- ⇒ inadapté pour les établissements spécialisés (psychiatrie, hémodialyse, ambulatoire) ou particuliers (hôpitaux locaux, MECSS, HAD)
- **Méthode de classement** : relative à la performance des autres établissements et non à l'atteinte d'un objectif opérationnel.
- ⇒ Un établissement peut-être bon et mal classé dans une catégorie performante ou mauvais et bien classé dans une catégorie déficiente.

3

## Analyse critique du tableau de bord des IN (2)

### 1 - Les indices composites (ICALIN, ICATB) (2) :

- Cotation binaire : existe ou pas.
- Ne préjuge pas de la qualité de certains items (protocoles) ni de leur application réelle (formation du personnel ?)
- Ou d'un seuil efficace (ratio ETP/capacités dans l'EOHH)

4

## Analyse critique du tableau de bord des IN (3)

### 2 - ICSHA :

- Calculé en fonction du profil d'activités de l'ES et classé en fonction du niveau de l'objectif personnalisé atteint
- Mais, **intervalles de classe hétérogènes** (10 – 20 – 40%) : => Classe C trop large et décourageante
- **Comment intégrer l'évolution des objectifs** sans faire régresser les résultats qui s'améliorent dans l'absolu ?

5

## Analyse critique du tableau de bord des IN (4)

### 3 – Indicateurs de résultats :

- **Résultats attribuables à l'établissement ?**  
Problème du taux de SARM et de la consommation d'antibiotiques.
- **Production de nouvelles informations**  
uniquement pour les besoins de l'évaluation  
Problème du taux d'ISO. Charge de travail justifiée ?

6

## Analyse critique du tableau de bord des IN (5)

### 4 - Les méthodes de classement (1):

3 méthodes pour le calcul des limites de classe :

1. **Indices composites** : percentiles de distribution de la catégorie 10-30-70-90. Classement relatif à la performance du groupe
2. **ICSHA** : % de réalisation d'un objectif personnalisé. Par analogie à ICALIN : 10-30-70-90%
3. **Score agrégé** : application de la formule du SA. Tient compte des progrès, mais agrège performance relative (ICALIN, ICATB) et performance absolue (ICSHA)

7

## Analyse critique du tableau de bord des IN (6)

### 4 - Les méthodes de classement (2) :

- **Hétérogénéité des méthodes de classement** due à l'hétérogénéité des indicateurs:
  - harmoniser la méthode de cotation des indicateurs ? ...
  - ... selon la performance absolue de l'ES (référentiel de bonnes pratiques) ?
- **Limites de classe des indices composites** :  
Limites différentes = exigences différentes ?
- **Intervalles de classe** :
  - Très faibles pour les catégories homogènes (CHR-CHU) et très larges pour les catégories hétérogènes.
  - classe C trop étendue ?
  - Intervalles égaux (20-40-60-80) ?

8

## Analyse critique du tableau de bord des IN (7)

### 5 – Timing de mise en œuvre :

- **Délai insuffisant** entre l'annonce de l'indicateur et la période évaluée
- **Test de qualité insuffisant** : faisabilité (recueil de données), fiabilité (éléments de preuve) et qualité métrologique évaluées a posteriori.

9

## Révision du tableau de bord : 1 - architecture générale

- **Cadre inchangé** (les 5 caractéristiques)
- **Garder un indicateur global** de la mise en œuvre de la LIN en adaptant son contenu :
  - aux prochains plan stratégique et programme national 2009-2012
  - Au profil d'activités des catégories d'établissements
- **Adapter** la liste des indicateurs spécifiques au profil d'activités des catégories d'établissements.
- **Harmoniser** les méthodes de cotation
- Maintenir une **présentation uniforme** des résultats

10

## Révision du tableau de bord : 2 - principes directeurs

1. Le **résultat** d'un indicateur doit être **attribuable** à l'ES (au moins à 80%)
2. Utiliser des **informations existantes** au sein de l'établissement pour construire les indicateurs.
3. Réaliser les **tests de qualité avant** la mise en place de l'indicateur (métrologie, faisabilité, ...)
4. Evaluer la **pertinence** d'un indicateur (ou item) **pour chaque catégorie d'ES.**
5. **Informer** les ES du contenu de l'indicateur (objectifs et mesures à mettre en œuvre) **avant** la période d'évaluation sur laquelle il sera appliqué.

11

## Révision du tableau de bord : 3 - Nouveaux indicateurs

- **Adapter le contenu** de chaque indicateur **à la catégorie** d'ES (au lieu d'adapter par des limites de classe différentes)
- **Fixer des objectifs opérationnels à atteindre** : notion de niveaux de qualité plutôt que de score.  
**=> Réviser la typologie des ES en fonction de leur profil d'activités**

12

## Révision du tableau de bord : 4 -Cotation et classement

- **Objectif de la cotation :**  
mesurer le niveau de qualité atteint
- **Objectif du classement :**  
situer l'ES sur une échelle de qualité
- **Expression du résultat :**  
niveau de qualité atteint  

---

niveau de qualité souhaité

13

## 4 - Cotation et classement : exemple (fictif) sur ICATB (1)

Niveaux	Items
<b>Niveau 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La commission des antibiotiques se réunit au moins une fois pour les catégories 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13 et 14 et 2 fois pour les catégories 1, 3, 7 et 10 ;</li> <li>• Désignation d'un référent en antibiothérapie</li> <li>• Existence des deux protocoles antibiotiques</li> <li>• Existence d'une liste d'antibiotiques disponibles</li> </ul>
<b>Niveau 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La commission des antibiotiques se réunit au moins trois fois pour les catégories 1, 3, 7 et 10 ;</li> <li>• Formation des nouveaux prescripteurs</li> <li>• Existence d'une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée</li> <li>• Surveillance de la consommation d'antibiotiques</li> </ul>

14

## 4 - Cotation et classement : exemple (fictif) sur ICATB (2)

Niveaux	Items
<b>Niveau 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée avec durée limitée</li> <li>• Evaluation d'une prescription d'antibiotiques</li> </ul>
<b>Niveau 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connexion informatique labo-PUI-services</li> <li>• Prescription du médicament informatisée</li> </ul>

15

## 4 - Cotation et classement : exemple (fictif) sur ICATB (3)

- Un niveau est déclaré atteint quand il est complet
- Le niveau final peut-être différent selon la catégorie d'établissement. Exemple :
  - Niveau 4 pour les CHR-CHU, les gros CH et les grosses cliniques MCO
  - Niveau 3 pour les petits CH et petites cliniques MCO
  - Niveau 2 pour les autres

16

## 4 - Cotation et classement par niveaux de qualité (1)

- **L'ES est responsable de ses résultats** : sa performance dépend de son niveau de qualité (indépendamment des autres établissements)
- Le contenu de tous les indicateurs doit pouvoir être classé :
  - En %, si quantitatif (ICSHA)
  - Par ordre de priorité, si qualitatif (indices composites)
- Permet d'intégrer le niveau de qualité dans chaque item :
  - Niveau quantitatif : ratio progressifs (ETP/JH)
  - Niveau qualitatif : 1<sup>er</sup> - protocole conforme à référentiel; 2<sup>ème</sup> personnel formé; 3<sup>ème</sup> application évaluée.

17

## 4 - Cotation et classement par niveaux de qualité (2)

- Les exigences sont égales pour tous à risque égal : exigences proportionnelles au niveau de risque.
- Niveau de qualité : aussi parlant pour l'ES (outil de gestion) que pour les usagers (information)

18

## Révision du tableau de bord : 5 - Vers des indicateurs régionaux ?

- Pour des résultats non attribuables à l'établissement, mais mesurant une **pression sur la population** : taux bruts de SARM, consommation d'antibiotiques
- Dans le cadre d'un **pilotage régional** de la LIN : programme régional à partir des faiblesses et des spécificités de la région.

19

## CONCLUSIONS

- Plan stratégique national et nouveau programme national en ES
  - = nouveaux objectifs
  - = nouveau tableau de bord
- Evaluer l'atteinte d'objectifs de qualité des soins
- Adapter les objectifs de chacun au risque effectif qu'il engendre

20