



Quelle est l'action d'un directeur cantonal de la santé en faveur de la qualité médicale à l'hôpital universitaire?

Pierre-Yves Maillard, Président CDS
H+ 21.11.08 – Hotel Kreuz, Berne

Les instruments à disposition

- ▶ Le plan stratégique
- ▶ Le contrat de prestations et son évaluation
- ▶ Le Tableau de Bord Hospitalier (TBH)
- ▶ La gestion des risques et des incidents (Système de Contrôle Interne)
- ▶ La gestion des plaintes

Le plan stratégique

- ▶ Le plan stratégique du CHUV (à adopter par le Grand Conseil) est essentiel parce qu'il formule la vision (*Le savoir au service du patient*) et les valeurs fondamentales du CHUV (*compétence, empathie, créativité et responsabilité*)
- ▶ Il priorise 5 programmes stratégiques transversaux (dont une meilleure prise en charge de la personne âgée), 5 centres d'excellence et 8 chantiers prioritaires d'amélioration (dont une meilleure continuité de traitement et une meilleure maîtrise du processus de prise en charge des patients)

Le contrat de prestations et son évaluation

- ▶ Le contrat de prestations repose sur les mêmes indicateurs de performance et de qualité que ceux retenus par la direction du CHUV dans le cadre des Tableaux de Bord Hospitaliers
- ▶ Ce lien permet de fixer et de suivre les objectifs de l'hôpital universitaire en temps réel

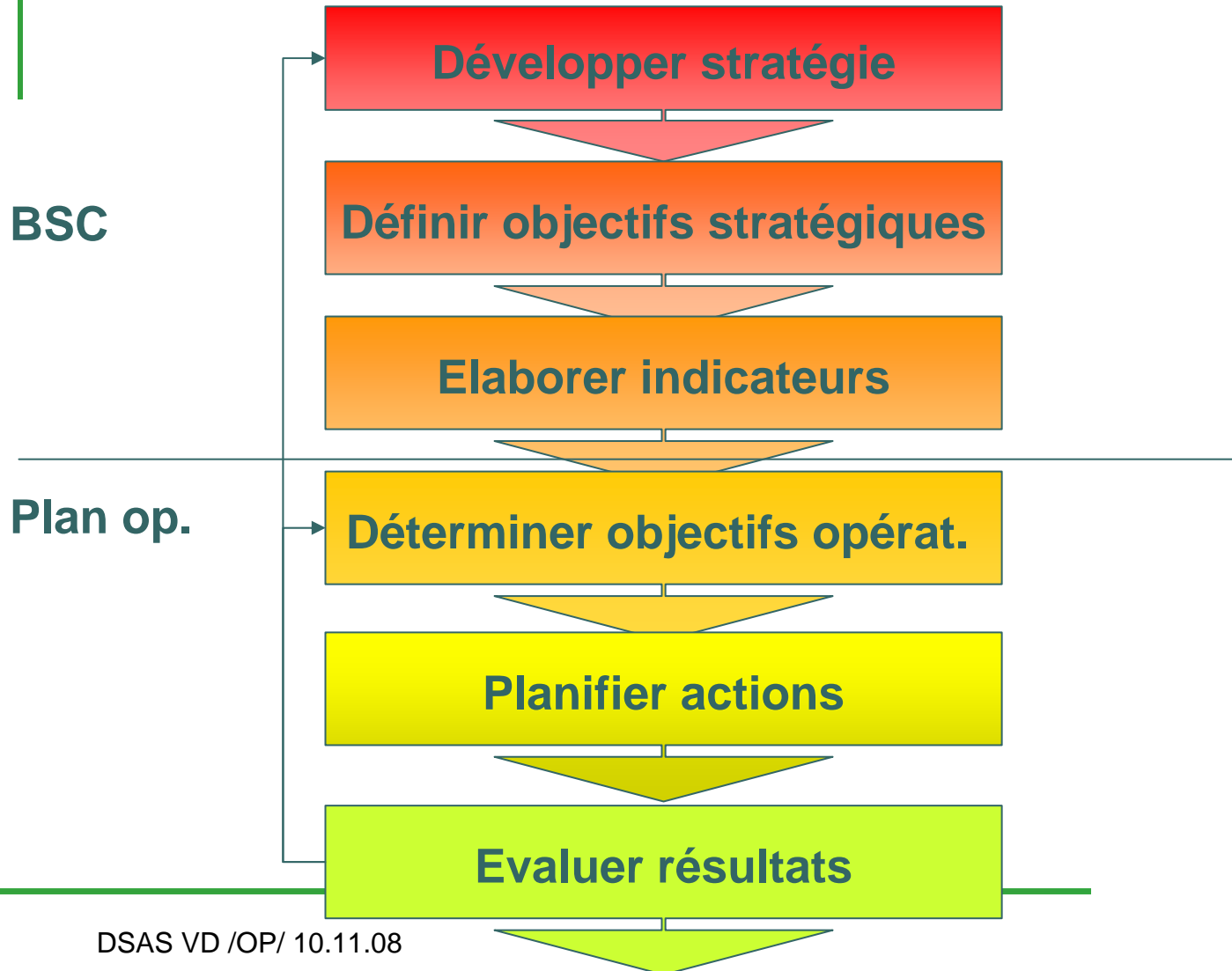
Le Tableau de Bord Hospitalier (TBH)

- ▶ Le CHUV s'est doté dès 2007 d'un Tableau de Bord Hospitalier (Balanced Scorecard) qui regroupe des indicateurs sur 4 axes:
 - Les finances
 - Les patients et autres partenaires
 - Les processus et
 - Les ressources humaines
- ▶ Le Tableau de Bord Hospitalier est évalué tous les trimestres

Objectifs TBH

- ▶ **Mesurer, diriger et améliorer**
 - Permettre un suivi en temps réel des objectifs opérationnels
-> Détecter et agir sur les écarts, améliorer la moyenne
- ▶ **Rendre l'information accessible**
 - Communiquer les objectifs et les résultats atteints
 - Suivre les objectifs et les résultats / Contrôle de gestion
- ▶ **Appliquer la stratégie**
 - Traduire la stratégie des HC-CHUV en objectifs opérationnels et permettre sa mise en œuvre
 - Concentrer et aligner les objectifs opérationnels sur la stratégie et les priorités

Méthode TBH



Structure des indicateurs

- ▶ **Finances:** DMS, Budget, Production, Patients privés
- ▶ **Patients et partenaires:** Satisfaction patients, médecins référents, Incidents RC, parts de marché activités stratégiques
- ▶ **Processus:** Taux d'utilisation infrastructures, Temps d'attente, Résultats médicaux, Qualité de la sortie
- ▶ **Ressources Humaines:** Dotations, ancienneté, satisfaction des collaborateurs, Know How (publications etc.)

Résultats médicaux

- ▶ Au niveau central: Indicateurs macro
 - Réadmissions potentiellement évitables
 - Réopérations potentiellement évitables
 - Infections nosocomiales
 - Escarres
- ▶ Au niveau des départements: Indicateurs micro
 - Résultats par spécialité

Avantages de l'approche

- ▶ **Système multidimensionnel**
 - Vision interne / externe
 - Satisfaction patients et collaborateurs
 - Accès aux soins, efficacité et résultats
- ▶ **En temps réel**
 - T + 6 semaines
- ▶ **Décomposable**
 - Institution et départements

Gains escomptés TBH

- ▶ Augmentation de la transparence et dirigeabilité
 - Tableau de Bord Hospitalier en temps réel
 - ▶ Augmentation de la qualité
 - Planification stratégique + opérationnelle
 - Satisfaction patients et partenaires / parts de marché
 - Temps d'attente / Résultats médicaux
 - Satisfaction collaborateurs
 - ▶ Augmentation de l'efficacité
 - Utilisation de ressources / Taux d'utilisation
 - Benchmarking interne + externe
-

Exemple TBH: Durée Moyenne de Séjour (DMS)

Objectif stratégique Raccourcir la durée de séjour moyenne

Mesure	Poids
trimestriel	25

Technique

Nombre de journées des séjours des cas sortis pendant la période de référence / Nombre de ces cas

Périmètre

Toutes les hospitalisations.

A disposition

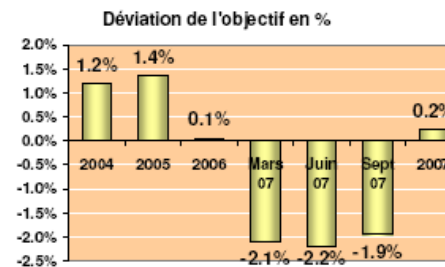
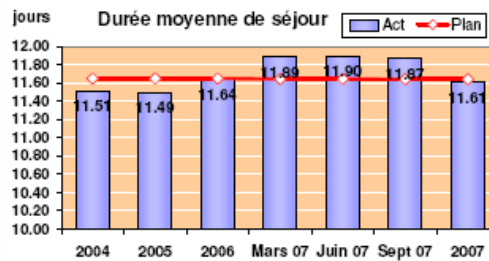
Décomposition selon le type d'hospitalisation (A, B, C, PSYA, PSYB, PSYC)

Décomposition par département et service ainsi que par mois.

Valeur: **Actuelle** 11.6 **Précédente** 11.9 Jours

Atteinte objectif

Mesure: **2007** **sept 07**



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle	11.51	11.49	11.64	11.89	11.90	11.87	11.61
Valeur planifiée	11.85	11.85	11.85	11.84	11.84	11.84	11.84
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviations de l'objectif en %	1.2%	1.4%	0.1%	-2.1%	-2.2%	-1.9%	0.2%

2010
11.00

Exemple TBH: occupation des lits


Objectif stratégique Augmenter le taux d'utilisation des lits

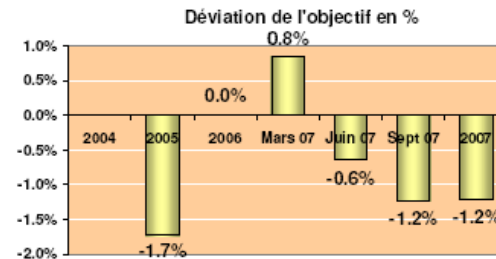
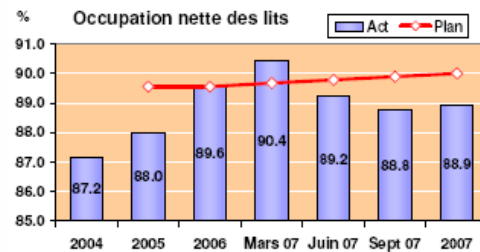
Mesure	Poids
trimestriel	7

Mesure Taux d'occupation des lits

Technique Nombre de lits occupés / Nombre de lits exploités
Périmètre Lits d'hospitalisation somatiques (sont exclus les lits des urgences, des hôpitaux de jour et des salles d'intervention)
 Ne concerne pas la Psychiatrie.

A disposition Décomposition par département et service ainsi que par mois.
 Décomposition par type de soins (intensifs, continus, standards)

Valeur: **Actuelle** 88.92 **Précédente** 88.79 %
 Atteinte objectif 
 Mesure: **2007** **Sept 07**



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007	2010
Valeur réelle	87.2	88.0	89.6	90.4	89.2	88.8	88.9	
Valeur planifiée		89.6	89.6	89.7	89.8	89.9		90.0
Augmentation / Diminution réelle								
Augmentation / Diminution planifiée								
Déviation de l'objectif en %		-1.7%	0.0%	0.8%	-0.6%	-1.2%	-1.2%	

Exemple TBH: occupation inadéquate des lits

Objectif stratégique Réduire le nombre de lits occupés de manière inadéquates

Mesure	Poids
trimestriel	7

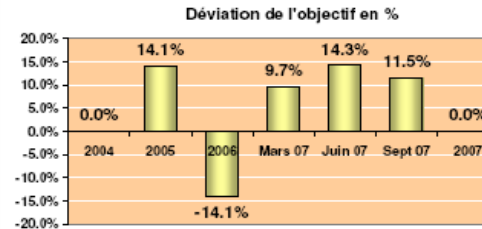
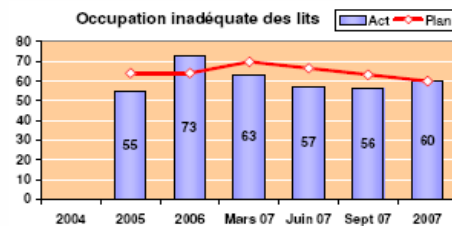
Mesure Nombre de lits occupés de manière inadéquate (attentes de placement B et C)

Périmètre Lits A occupés par des patients reclassés en B ou C, et lits B occupés par des patients reclassés en C.
Lits de psychiatrie occupés par des patients reclassés en C

Technique Nombre de journées inappropriées / 365
Pour l'activité somatique aigue, les journées inappropriées sont identifiées par le passage sous responsabilités médicales DMB, DMIC, DCHB, DCHC, DGOB, ENFB
Les journées C de SYHH, REHH ainsi que toutes les journées C des trois secteurs psychiatriques sont considérées comme inappropriées

A disposition Distinction lits A / lits B. Décomposition par département et service ainsi que par mois.

Valeur: **60** Actuelle **56** Précédente Lits
Atteinte objectif
Mesure: **2007** **sept 07**



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle		55	73	63	57	56	60
Valeur planifiée		64	64	70	67	63	60
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviation de l'objectif en %		14.1%	-14.1%	9.7%	14.3%	11.5%	0.0%

2010
40

Exemple TBH: occupation salles d'opération


Objectif stratégique Baisser coût unitaire prestations intermédiaires / techniques

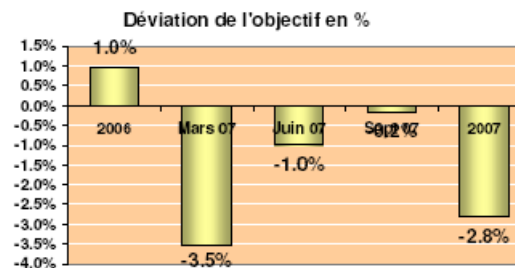
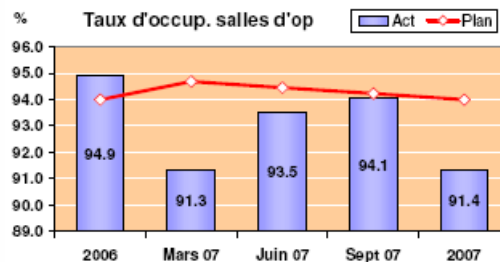
Mesure	Poids
trimestriel	6

Mesure Occupation globale des salles du BOP05

Technique Nombre d'heures d'occupation / Nombre d'heures d'ouvertures
Pour 2006, le nombre d'heures d'occupation par salle provient du planning opératoire transmis par la responsable du bloc.
Cette information sera à terme transmise automatiquement via FLUO.

A disposition Décomposition par département et service ainsi que par mois.
Décomposition par salle, secteur.

Valeur: **Actuelle** 91.36 **Précédente** 94.07 %
Atteinte objectif 
Mesure: **2007** **Sept 07**



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle			94.9	91.3	93.5	94.1	91.4
Valeur planifiée		94.0	94.0	94.7	94.5	94.2	94.0
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviation de l'objectif en %			1.0%	-3.5%	-1.0%	-0.2%	-2.8%

2010
94

Exemple TBH: temps d'attente urgences

Objectif stratégique Temps d'attente urgences en accord avec standards pour cas graves

Mesure	Poids
trimestriel	15

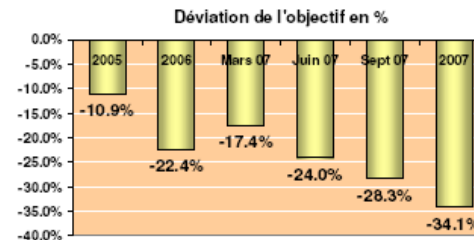
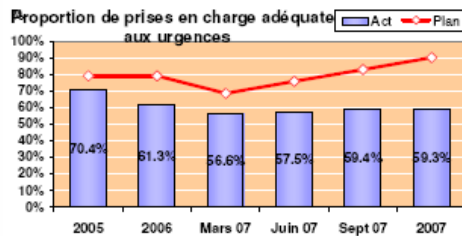
Mesure % de patients dont la prise en charge a respecté les temps d'attente théoriques
Basée sur les indices de gravité de l'échelle ELTG qui apprécie le niveau d'urgence de l'état de santé du patient. Elle est composée de 5 indices auxquels correspondent des temps d'attente théoriques avant prise en charge à respecter. L'échelle est décroissante avec l'urgence (5 = pas urgent; 1 = très urgent)
L'indice de gravité 1 indique que le patient doit être installé dans les 0 minutes dans un box (on considère un seuil de 5 minutes)
L'indice de gravité 2 indique que le patient doit être installé dans les 15 minutes dans un box.

Technique Nombre de cas installés dans la norme / nombre de cas installés
Périmètre Informations disponible pour le CIU exclusivement. Echelons 1 et 2 seulement.
A disposition Décomposition entre échelon 1 et 2. Décomposition en fonction de la pathologie.

Valeur: ■ **Actuelle** 59.3% **Précédente** 59.4% %

Atteinte objectif

Mesure: 2007 Sept 07



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle		70.4%	61.3%	56.6%	57.5%	59.4%	59.3%
Valeur planifiée		79.0%		68.5%	75.7%	82.8%	90.0%
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviations de l'objectif en %		-10.9%	-22.4%	-17.4%	-24.0%	-28.3%	-34.1%

2010

90%

Exemple TBH: temps d'attente interventions élect.

Objectif stratégique Limiter le temps d'attente pour les interventions planifiées

Temps d'attente interventions planifiées en accord avec des standards

Mesure	Poids
trimestriel	10

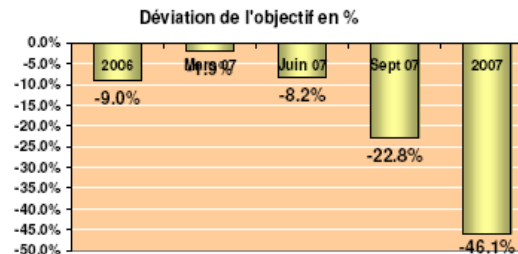
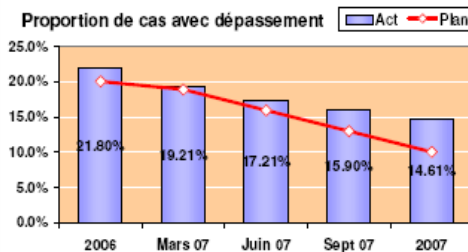
Mesure

Pourcentage des cas opérés dont le délai opératoire théorique est dépassé
Lorsqu'une intervention est décidée, un délai théorique (intervalle "limite" durant lequel l'intervention est souhaitable) est défini en fonction des codes diagnostics et/ou du niveau de priorité (défini par les intervenants)
Ces codes diagnostics et niveaux de priorité sont spécifiques à chaque service.

Technique A disposition

Nombre de cas avec délai opératoire supérieur au délai théorique / Nombre total de cas opérés
Détails des pourcentages selon les familles de pathologies, les niveaux de priorité et par service.

Valeur: Actuelle Précédente %
Atteinte objectif
Mesure:



	2004	2005	2006	Mars 07	Juin 07	Sept 07	2007
Valeur réelle			21.80%	19.21%	17.21%	15.90%	14.61%
Valeur planifiée		20%	19%	18%	13%	10%	
Augmentation / Diminution réelle							
Augmentation / Diminution planifiée							
Déviati on de l'objectif en %			-9.0%	-1.9%	-8.2%	-22.8%	-46.1%

Ex. TBH: taux de réadmissions potentiellement évitables

Objectif stratégique Augmenter la qualité de la prise en charge médicale

Mesure	Poids
semestriel	10

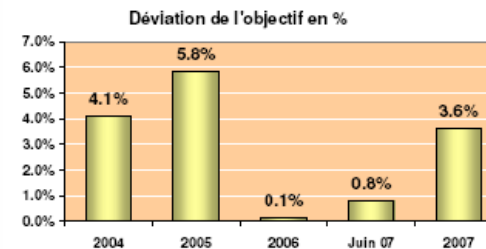
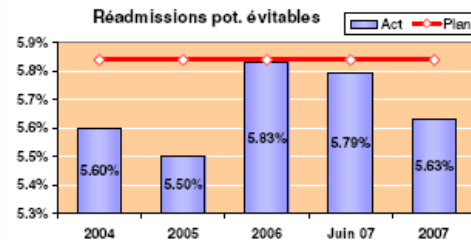
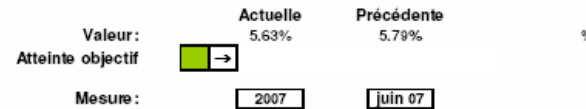
Technique Nombre de réadmissions potentiellement évitables / Nombre d'hospitalisations éligibles.

Périmètre Une réadmission est considérée comme potentiellement évitable si elle satisfait aux conditions suivantes:

- elle est non planifiée au moment de la sortie;
- elle est liée à une affection connue lors de l'hospitalisation initiale;
- elle a lieu dans un délai de 30 jours après la fin de l'hospitalisation initiale.

Référence Halfon P, Eggli Y, Van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. J Clin Epidemiol 2002; 55: 573-587.

Décomposition Aucune actuellement (travaux à entreprendre)

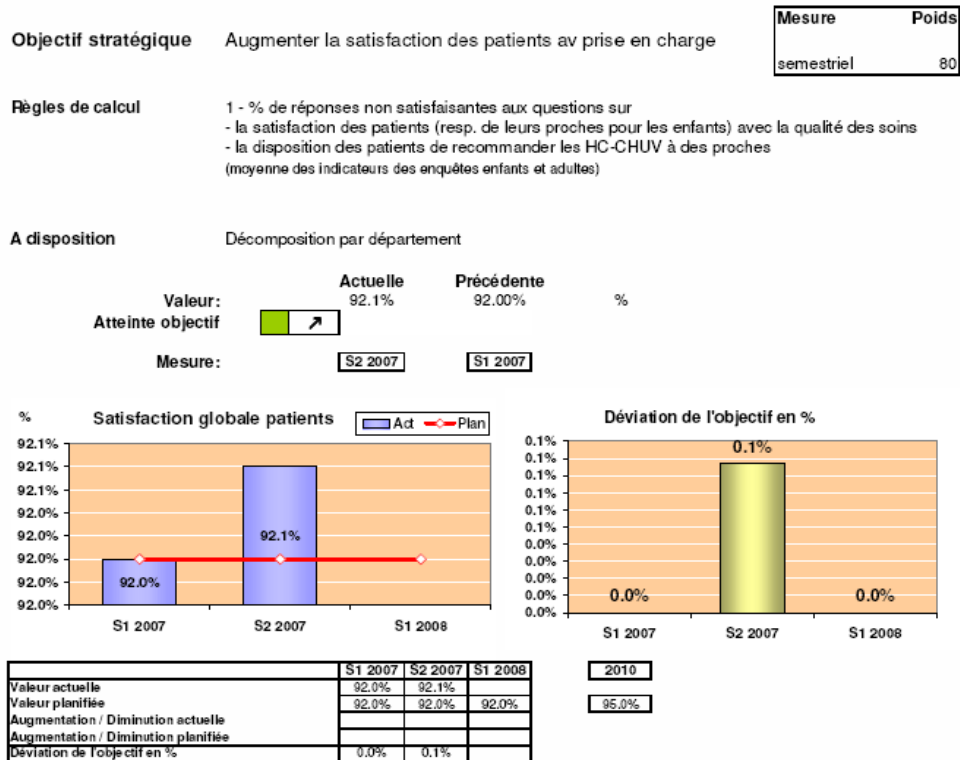


	2004	2005	2006	juin 07	2007
Valeur réelle	5,60%	5,50%	5,83%	5,79%	5,63%
Valeur planifiée	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%	5,8%
Augmentation / Diminution réelle					
Augmentation / Diminution planifiée					
Déviations de l'objectif en %	4,1%	5,8%	0,1%	0,8%	3,6%

2010
-6%

Commentaire : pour s'écarter significativement du taux de réadmission attendu (6% étant donné notre casemix), il faut que le taux observé soit inférieur à 5% ou supérieur à 7%

Exemple TBH: satisfaction patients



La gestion des risques et des incidents

- ▶ Annonce obligatoire de tout incident réel ou potentiel
- ▶ Analyse et réaction par Bureau de gestion des risques qui coordonne 10 commissions spécialisées
 - ▶ Hygiène hospitalière, Biosafety, Hémovigilance, Matérovigilance, Pharmacovigilance, INCA (Plan catastrophe), Infrastructure, Santé au Travail, Sécurité physique, Sécurité informatique
- ▶ Actuellement intégration de la gestion des risques et Système de Contrôle Interne (selon Norme d'Audit Suisse avec analyse systématique des risques)

La gestion des plaintes

- ▶ Gestion uniforme des plaintes indépendamment de l'instance à laquelle elles ont été adressées
- ▶ Coordination avec gestion des risques
- ▶ Suivi personnel par le Chef de Département des plaintes graves et problèmes sérieux

Quelques enseignements

- ▶ Ne pas se fier à des certifications de qualité qui ne prennent pas en compte la mesure et l'amélioration des résultats essentiels d'un hôpital
 - La certification est un marché
 - Beaucoup de clients payent pour l'accréditation de formalismes sans valeur ajoutée

Quelques enseignements /2

- ▶ Ne pas si fier à des indicateurs médicaux ou de satisfaction des patients qui ne prennent pas en compte la composition de la patientèle et la lourdeur des cas
 - Le pourcentage de problèmes et complications est lié à la lourdeur des cas, à l'âge des patients et à leurs comorbidités
 - Le niveau de satisfaction est lié à l'angoisse et à la lourdeur de la pathologie

Quelques enseignements /3

- ▶ Dans la perspective d'un chef de département de la santé
 - Il est important **d'aligner** les plans stratégiques, les contrats de prestations, les objectifs des directions d'hôpitaux et les indicateurs de suivi:
Tous les acteurs doivent parler le même langage et s'engager pour les mêmes priorités

Quelques enseignements /4

- ▶ Dans la perspective du président de la CDS
 - Il est important d'utiliser au niveau national quelques indicateurs standards publiés par type d'hôpital (accès, performance, hygiène) et
 - d'introduire quelques indicateurs médicaux robustes et réellement comparables (**donc ajustés à la lourdeur des cas**) comme
 - ▶ Les réadmissions potentiellement évitables
 - ▶ Les réopérations potentiellement évitables