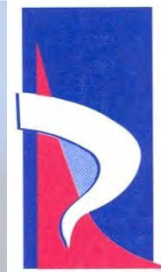




UNIVERSITÉ DE STRASBOURG



ETABLISSEMENT  
DES DIACONESSES

**Clinique**

2, rue Sainte-Elisabeth  
F-67085 STRASBOURG CEDEX

# Le management par la qualité, l'utilisation d'indicateurs

Christian Caoduro, Directeur  
[ccaduro@diaconesses.fr](mailto:ccaduro@diaconesses.fr)

Gilbert Mounier, Responsable qualité risques  
[gmounier@diaconesses.fr](mailto:gmounier@diaconesses.fr)



# Historique qualité et contexte de l'établissement

Mise en place comité de pilotage qualité

1996

Un projet à plusieurs cliniques

Cellule Qualité

2000

Auto-évaluation « à blanc »

2001

Engagement procédure d'accréditation

2002

Projet d'établissement (2002-2007)

Visite d'accréditation V1

2003

Contrat d'objectifs et de moyens

Mise en œuvre plan d'amélioration

2005

Mise en place d'un Comité de Gestion des Risques (COGERISQ)

T2A

Projet « Hôpital 2007 »

Mise en œuvre plan d'amélioration

Engagement procédure de certification

Visite de certification V2007

2007

Projet architectural  
Projet SI

Projet « Hôpital 2012 »

Mise en œuvre plan d'amélioration

2009

Crise économique


Visite d'accréditation V2010

2011



## Des évidences ?

- **Pas de qualité sans évaluation !**
- **Ce qui n'est pas mesuré n'est pas géré**



# Développer une culture d'évaluation ?

## Sollicitations internes

- **Valoriser les performances internes**
- Se baser sur des faits pas sur des opinions
- Pérenniser la démarche continue d'amélioration de la qualité
  - Connaître le niveau de la qualité initiale
  - Déterminer des objectifs quantifiés
  - Vérifier l'atteinte de ces objectifs
  - Mesurer l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'action
  - Vérifier la pérennité des changements

# Pourquoi ...?

## *ANTICIPER*

### **Sollicitations externes**

- Evolution sociétale : attente des clients
  - ➔ ■ Personnes soignées
  - Tutelles, organismes payeurs ➔ Comparer
- Évolution de la démarche de certification
- Interrogations des assurances
- Recommandation du Conseil de l'Europe



# Quelques incontournables

- Un management engagé (leadership)
- Une politique connue, un diagnostic de situation
- Une écoute client efficace et continue
- Une démarche participative
- Une méthodologie et de la formation
- Une approche gestionnaire et économique
- Un système d'information efficace
- Une approche processus, transversale, pluridisciplinaire
- Une culture de la déclaration et de la mesure


# En terme de management...



- 
- Une **politique institutionnelle** formalisée, communiquée, opérationnelle, **dotée de moyens**

**Axe stratégique** : évaluer le service rendu au patient et l'inscrire dans le contexte institutionnel

- Des missions préalablement définies
- Une structure d'évaluation
- En lien étroit avec la CME



**Une cellule d'évaluation**, garante de la méthode



# Un enjeu pour tout responsable

Intégrer les indicateurs qualité au tableau de bord de pilotage de l'établissement

... à partager avec ses équipes



# Conseils Dr Berwick

- 1. Simplifier ; améliorer la qualité n'a pas vocation à être compliqué
- 2. Attacher toute l'importance souhaitable à la notion d'équipe
- 3. Etre pragmatique quand il s'agit de mesurer
- 4. Limiter les aspects organisationnels
- 5. Ne pas négliger les aspects politiques
- 6. Aider les patients à jouer un rôle
- 7. Aller vite, commencer maintenant
- 8. Diffuser et étendre continuellement
- **9. Et surtout, ne pas se plaindre...**

Restez  
SMART



# La feuille de route qualité risques

**Politique qualité-risques (clients, besoins, satisfaction)**  
**Engagement de la « direction » (revues de direction)**  
**Programme d'amélioration de la qualité (objectifs, ressources)**

**Système  
de dialogue**

**Système  
de formation**

**Système  
d'action**

- 1. Organisation qualité - risques**
- 2a. Information des personnes**
- 2b. Formation**
- 3. Définition des responsabilités**
- 4. Système d'information**
- 5. Actions correctives /  
préventives**
- 6. Système documentaire**
- 7. Évaluation / mesure ++**

**Développer  
le lien social**

**Réviser et  
assurer ses  
processus**

**Créer  
et gérer  
les documents**

# Concepts clés

## Schéma culturel médical

### Approche individuelle

Recueil des signes



Synthèse diagnostique



Prescription

Observation

Analyse

Action

### Approche collective

Essais cliniques



Recommandations  
Professionnelles



Evaluation des  
pratiques  
professionnelles<sup>1</sup>

# Types d'indicateurs utilisés



Préalables

- D'activité
- De structure (ressources) Ce qui est mis en place
- De processus Ce que l'on fait aux PS
- De résultat Ce qui arrive aux PS
  - Résultats intermédiaires : mesure activité et qualité des différentes étapes du processus
  - Résultats finaux : traduisent changement de l'état de santé des patients
  - De satisfaction des clients

# Des limites...

- Ne représentent pas une fin en soi
- Sensibilité liée à la diffusion
- Démotivation des professionnels
- Risque de sélection des patients

# Au sein de la Clinique

## Processus - Gestion des risques – Prévention des infections

<b>Année</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Score agrégé</b>	<b>//</b>	<b>65,00</b>	<b>85,66</b>
<b>Classe</b>	<b>//</b>	<b>C</b>	<b>A</b>
<b>ICALIN</b>	<b>81,50</b>	<b>82,00</b>	<b>95,50</b>
<b>Classe</b>	<b>B</b>	<b>B</b>	<b>A</b>
<b>ICSHA</b>	<b>123 I</b>	<b>415 I</b>	<b>668 I</b>
<b>Classe</b>	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>B</b>
<b>Surviso</b>	<b>oui</b>	<b>oui</b>	<b>oui</b>
<b>ICATB</b>	<b>//</b>	<b>7</b>	<b>14</b>
<b>Classe</b>	<b>//</b>	<b>D</b>	<b>B</b>



# Au sein de la Clinique

## Processus - IPAQSS Tenue du Dossier Anesthésique 2008

Identification du patient sur toutes les pièces du dossier

Rubrique des incidents ou accidents péri-anesth. renseignée

Identification du médecin anesth. sur docume

Trace écrite des prescr. médicamenteuses en phase post-anesth.

Trace écrite de la visite pré-an

Autorisation sortie de SSPI validée par un médecin anesth.

Mention du traitement ha

Identificat. médecin anesth. sur doc. traçant phase post-interv.

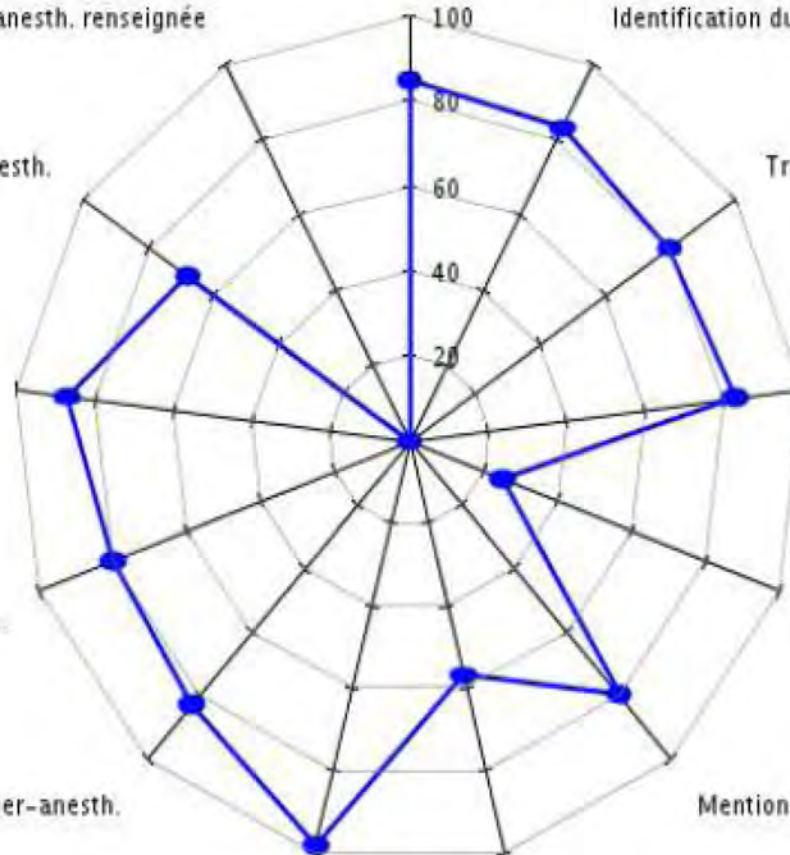
Mention de l'évaluation du i

Ment. technique abord voies aériennes supérieures en phase per-anesth.

Mention du type d'anesthésie proposé

Identification du médecin anesthésiste sur le document traçant la phase per-anesthésique

Ment. évaluation conditions abord des voies aériennes





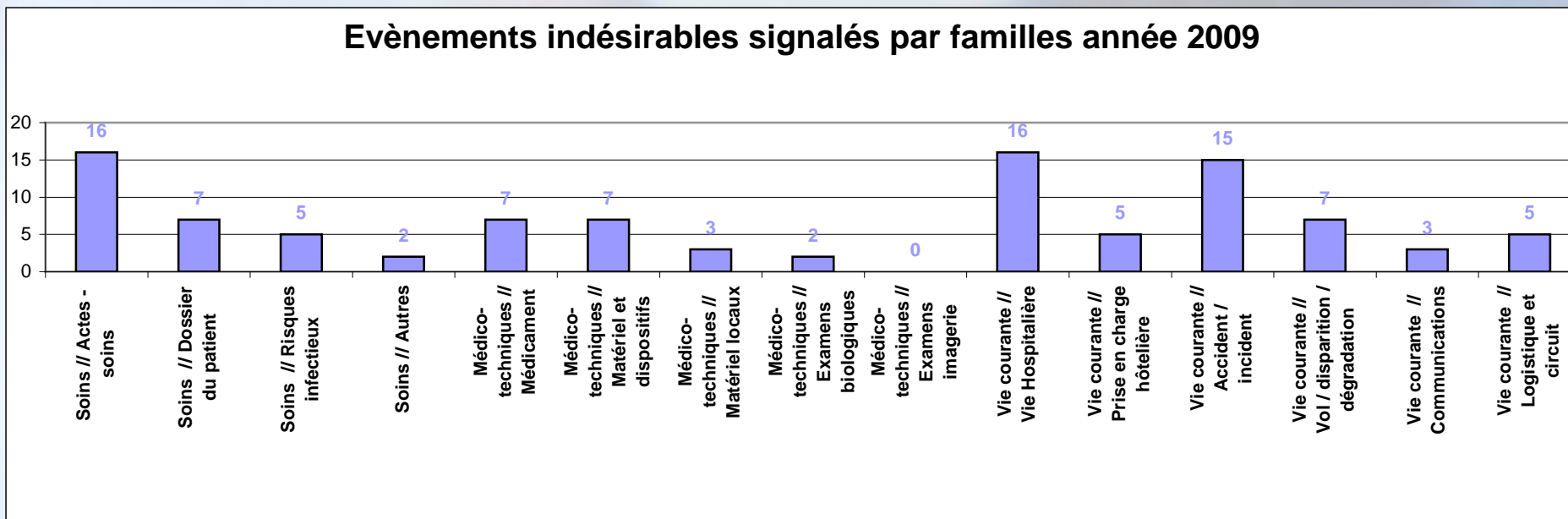
# Au sein de la Clinique

## Processus - Gestion des risques – FSEI

SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES au

03/06/2009

Evènements indésirables signalés par familles année 2009





# Au sein de la Clinique

## Processus - Gestion des risques – FSEI

<b>Nombre de FSEI reçues pour l'année 2006</b>		<b>163</b>	
<b>Nombre de FSEI reçues pour l'année 2007</b>		<b>287</b>	
<b>Nombre de FSEI reçues pour l'année 2008</b>		<b>320</b>	
	<b>Nombre de FSEI ayant générées une action pour l'année 2008</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>
	<b>Nombre de FSEI classées soldées pour l'année 2008</b>	<b>132</b>	<b>67%</b>
	<b>Nombre de FSEI classées sans suite pour l'année 2008</b>	<b>56</b>	<b>29%</b>
	<b>Nombre de FSEI restants à solder pour l'année 2008</b>	<b>8</b>	<b>4%</b>
<b>Nombre de FSEI reçues pour l'année 2009</b>		<b>92</b>	
	<b>Nombre de FSEI ayant générées une action pour l'année 2009</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>
	<b>Nombre de FSEI soldées pour l'année 2009</b>	<b>11</b>	<b>16%</b>
	<b>Nombre de FSEI classées sans suite pour l'année 2009</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
	<b>Nombre de FSEI restants à solder pour l'année 2009</b>	<b>58</b>	<b>84%</b>

# Au sein de la Clinique



## Résultats - Ressources Humaines : Opinion interne 2007

Les valeurs sûres (les 10 critères les mieux notés)

### Tri selon notation

J'ai un rôle à jouer dans la satisfaction des patients et/ou de leur entourage.

87

Mon travail me plaît.

80

Mes relations avec les patients et/ou l'entourage sont bonnes.

75

Je m'implique dans la démarche qualité.

70

La démarche qualité est un facteur de progrès pour la Clinique.

67

Je sais que mon service est engagé dans une démarche qualité.

67

Je suis fier(ère) de travailler à la Clinique.

66

Je suis motivé(e) par mon travail.

66

Je me sens bien intégré(e) dans mon équipe.

65

J'apprécie de travailler pour une association à but non lucratif.

64

# Au sein de la Clinique



## Résultats - Ressources Humaines : Opinion interne 2007

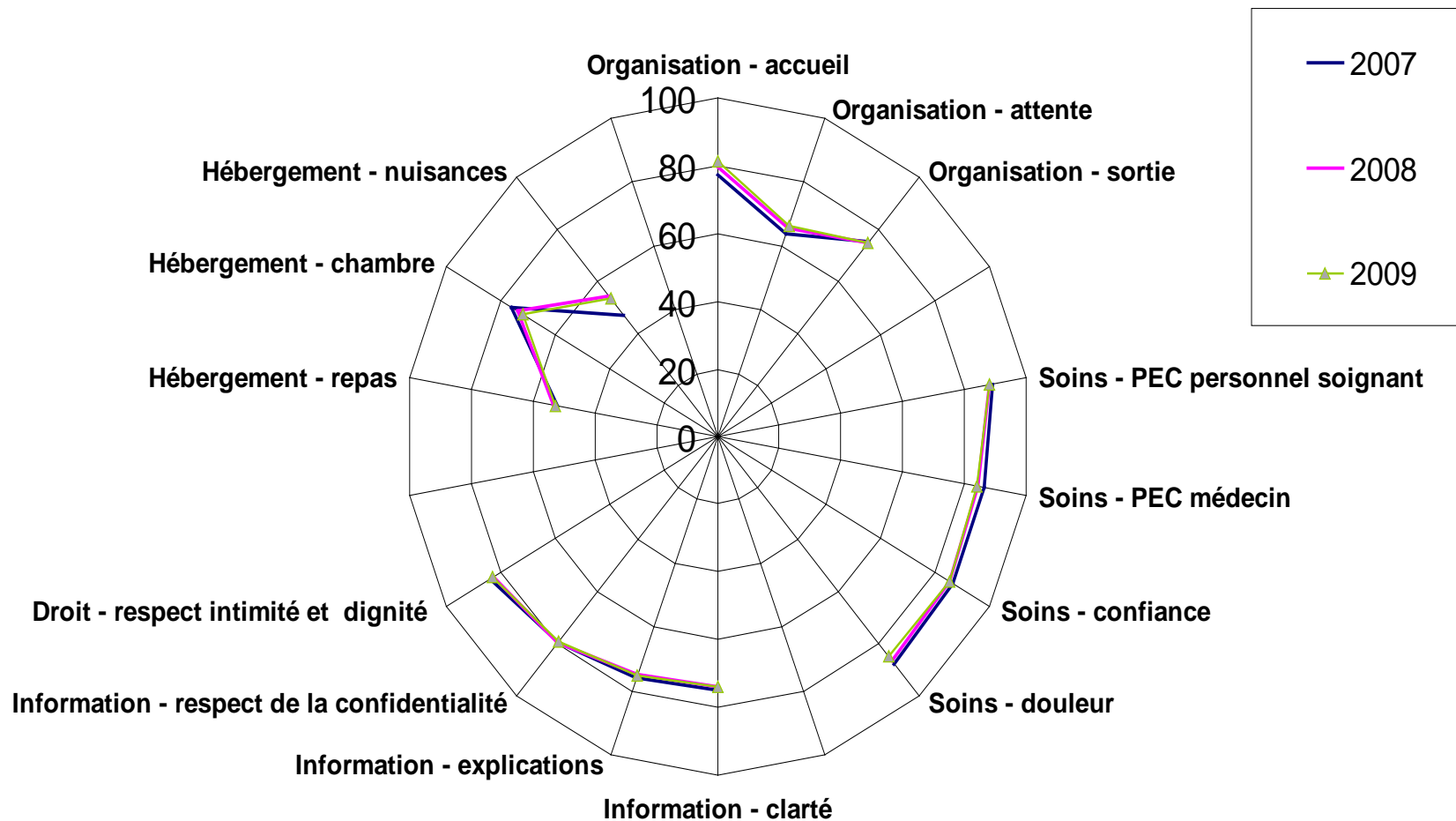
Les points de vigilance (les 10 critères les moins bien notés)

L'entretien d'évaluation annuel est utile.	16
La coopération entre les différents services est satisfaisante.	14
Je me sens reconnu(e) à travers mon travail.	14
Mon salaire est au moins égal à ce qui se pratique à l'extérieur de la Clinique.	12
Les supports de communication interne de la Clinique répondent à mes attentes.	9
Mon responsable sait animer et motiver son équipe.	5
Je dispose du temps nécessaire pour faire mon travail.	4
Je me sens reconnu(e) à travers mon salaire.	-11
La communication entre les différents services de la Clinique est satisfaisante.	-14
La Clinique m'offre des possibilités d'évolution.	-20
<b>Tri selon notation</b>	



# Au sein de la Clinique

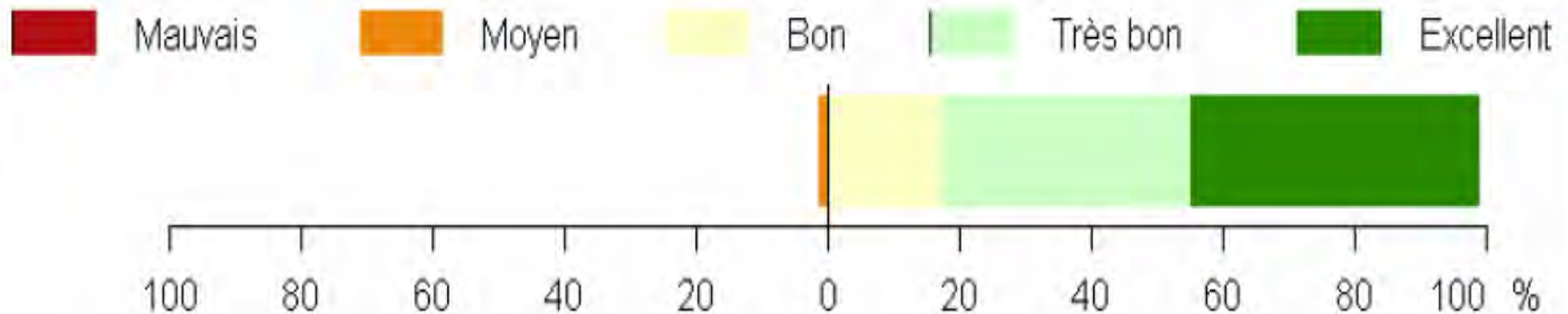
## Résultats - Satisfaction des patients : questionnaire de sortie



# Au sein de la Clinique

## Résultats - Satisfaction des patients : OMS PATH mars 2008

### Opinion générale des soins



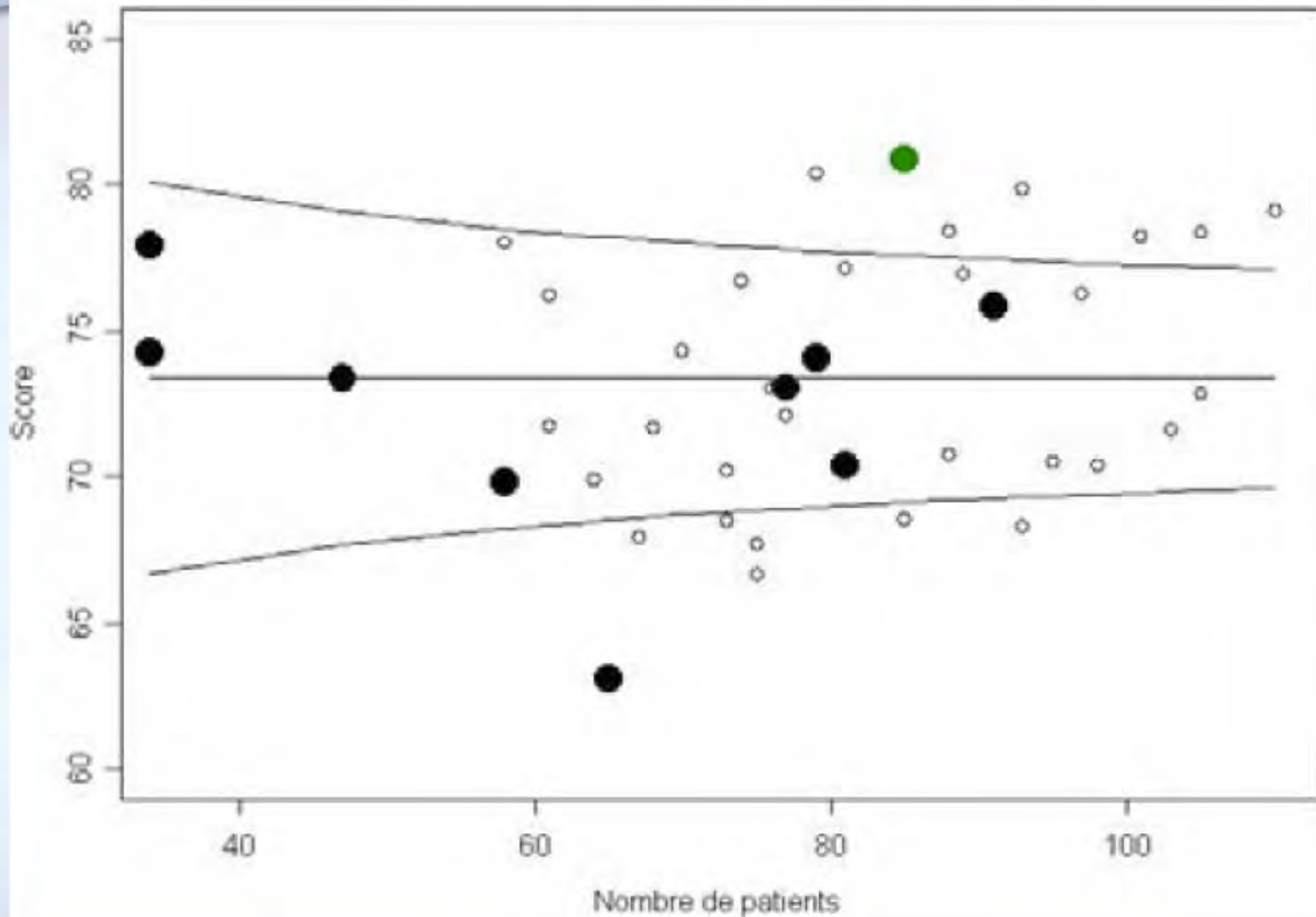
### *Répartition des modalités de réponse des items*

	Score minimum	Score / score moyen	Score maximum
Votre établissement		80,88	
Votre catégorie (public <300lits)	63,07	73,26	80,88
Ensemble des établissements	63,07	73,37	80,88

# Au sein de la Clinique

## Résultats - Satisfaction des patients : OMS PATH mars 2008

Dimension opinion générale des soins



# Planification

PROJET : V2010

Mise à jour xx/xx/2009

Thème	Tâches	Sous-Tâches	Pilotes	Commentaires	Statut	janv-09		févr-09				mars-09				avr-09				mai-09				juin-09				
						2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
V2010 diagnostique	Formation des responsables de pôles et de services		GM	ppt V2010, IND PEP notation	<input type="radio"/>																							
	Audit initial, bilan V2007, attentes V2010		GM	en lien avec pilotes identifiés selon cotation V2010	<input type="radio"/>																							
	Rapport, proposition plan d'action Q&GdR&Eval		GM	validation direction	<input type="radio"/>																							
	Présentation COVIRISQ		GM	? Définition comité pilotage: EDIR + bureau CME + RQ	<input type="radio"/>																							
	Présentation instances % parties concernées: Codir, Cosoin, CME, CLIN, CHSCT, ...		GM		<input type="radio"/>																							
	Communication		GM	journale interne	<input type="radio"/>																							
					<input type="radio"/>																							
V2010 plan d'action	Suivi plan d'action		GM	en lien avec pilotes identifiés	<input type="radio"/>																							
	Note écrite comité pilotage		GM	mensuelle	<input type="radio"/>																							
	Présentation comité pilotage		GM	bimensuelle	<input type="radio"/>																							
	Présentation COVIRISQ		GM	annuelle	<input type="radio"/>																							
	Présentation instances % parties concernées		GM	point réunion instance odj, CR	<input type="radio"/>																							
	Communication		GM	journale interne	<input type="radio"/>																							

- Non démarré
- En cours
- Retard
- Problème
- Fini



# Une multitude d'information

**De nombreuses mesures....**

**Trop ?**

**Des dimensions multiples**

**Simplifier : quelle complexité !**



# De l'indicateur au tableau de bord

**Pistes :**

**Le tableau de bord type 'Balanced Score Card'**





# Des indicateurs à un seul indicateur

L'indicateur synthétique d'efficacité (Quantifiable)

Quantité

Coûts

Délais

Conformité

Sécurité

Fiabilité

Quantité produite :

dans les coûts prévus

Et

dans les délais prévus

ET

conformes aux exigences

ET

sans accident

ET

sans panne

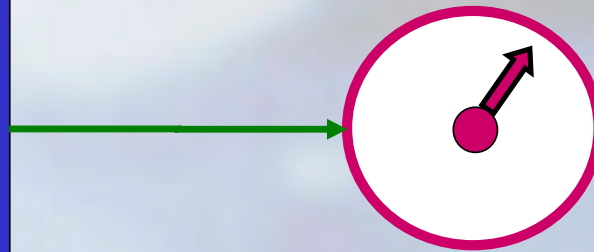
ETC.

**Il mesure un nombre  
de prestations qui satisfont  
à tous les critères de référence**

# Des indicateurs à un seul indicateur

L'indicateur synthétique d'efficacité (Non Quantifiable)

Nombre de jours :  
Sans rupture de stock  
ET  
Sans non conformité en réception  
ET  
conformes aux exigences



Lorsque non quantifiable, il mesure un nombre de jours parfaits, c'est-à-dire de jours sans problème majeur décrit dans le processus





*Le fait de mesurer ne crée pas plus de valeur que le fait de se peser ne fait perdre du poids.*

**Patrick VIANES, AP-HM**

*La réalité vécue ne coïncide jamais, en fait, avec les statistiques*

**Roger-Pol DROIT « Les Echos » 27 05 09**