

## Journée de travail AFQHO INDICATEURS / TABLEAUX DE BORD

Vendredi 28 mars 2008 - HIA Val de Grâce à Paris

Un grand merci à Catherine Barette, Responsable Qualité du Val de Grâce, de nous y avoir accueilli dans d'excellentes conditions. Les échanges furent denses et constructifs. Merci à toutes et à tous, et en particulier aux intervenants de ce jour.

Alain Miquel et Christophe Geisler.

### **a) Intervention du Dr Marie-Christine Moll, médecin délégué QRE, CHU Angers :** Un outil simple intuitif et pédagogique, le tableau de bord des pôles au CHU d'Angers

« Le directeur a mis en place un véritable alignement stratégique sur la qualité et le management par la qualité :

- Etablissement → pôles
- Projet de pôle → projet qualité de pôle.

Il y a un projet QRE pour le CHU, avec huit axes. L'outil aide à s'aligner sur ce projet. Notre idée : faire simple et pas prétentieux, avec un co-pilotage médical et soignant. Car lors de notre approche précédente, on s'est planté ! Notre approche était trop théorique. Vocabulaire. Incompréhension. On s'est remis en question. Comment répondre aux attentes ? De là l'idée du TdB que je vous présente ... Pas de prétention au scientifiquement correct mais volonté d'être utile, basique, pragmatique, pédagogique dans la démarche de pôle. On remplit un support en moins d'une heure. On a rédigé un guide méthodologique dans la foulée, d'aide à la cotation. On explique les huit axes, on donne des exemples.

Notre ambition: atteindre les objectifs raisonnables, modestes pour l'année en cours. On travaille de façon participative aux TdB, aux objectifs qualité du pôle, etc. En procédant ainsi, on donne des informations aux pôles. Et on en reçoit d'autres en retour quant à l'impact de nos actions. Comment mobiliser les acteurs ? C'est lié au projet de pôle. Certains pôles sont participatifs, l'outil est alors travaillé de façon collégiale... Un constat : les pôles administratifs sont plus lents à répondre !

L'outil Excel produit une cartographie qui compare les pôles entre eux, de façon anonyme, sur les huit axes (on a huit graphiques « radars »). L'outil est ergonomique. Il est apprécié par les utilisateurs.

Résultats :

- Cela donne une vision globale de la maturité de notre système de management par la qualité.
- Le projet qualité de chaque pôle ressort comme l'un des mieux rédigés parmi les différents projets. On pense que l'outil y a contribué. Chaque pôle peut travailler sur ses axes faibles.
- Et la valeur ajoutée ? Cela se traduit ensuite par des résultats sur le terrain médical et soignant. On est parti d'une enquête de prévalence et on améliore les dysfonctionnements.
- Plutôt que de faire de l'évaluation « pour la HAS », on bâtit nos propres outils en vue des progrès définis par les professionnels du terrain. Avec nos propres indicateurs.
- Mais l'intérêt, c'est que c'est en ligne avec les principes de la V2007. On a nettement progressé en matière de management des risques.
- Ça aide à évoluer. Par exemple, le client : pas forcément le patient ! Une unité peut être le client d'un service imagerie... »

## b) Intervention du Dr Sophie de Chambine, Mission prospective et performance médicale, APHP

### Comment on a construit les tableaux de bord, comment on y travaille, à quoi ils servent ?

Voir diaporama.

« On appelle cela Tableau de bord de la prospective et de la performance médicale. Il concerne 37 hôpitaux et s'inspire du modèle de C Sicotte (Canada : vision très avancée et reconnue internationalement).

- L'approche est réduite aux résultats, sur 4 cadrans. Ça donne une vision commune.
- Niveau siège, niveau établissement, niveau pôle. On retrouve les invariants à chaque niveau.

**Objectif :** donner d'autres indicateurs que ceux nécessaires à la T2A (en termes d'activité) pour éclairer la décision. Les nominations, les investissements, les formations se prenaient trop indépendamment des données. Maintenant, on nous demande des données.

Evidemment, maintenant, on nous demande des indicateurs et mais nos interlocuteurs restent flous pour répondre à notre question en retour « mais quels sont vos objectifs / finalités ? »

#### **Conditions de mise en œuvre :**

C'est quoi la performance dans ce cadre ? quels critères ? L'APHP a retenu six domaines de performance : accessibilité aux soins..., continuité..., pertinence des soins..., fluidité..., sécurité..., résultats. (Voir diaporama).

Ensuite, comment produire des indicateurs... On s'est posé la question des priorités, nationales (Icalin, Ipaqh), locales...

On vise des indicateurs 3U « Utiles, utilisables, utilisés » pour le pilotage (donc faisables dans le SIH) = exigence technique n°1.

On est surtout sur les processus. Pour l'instant, on n'a que deux indicateurs dans la rubrique Résultat des soins : 1) satisfaction patient et 2) évolution de la dépendance en SSR.

Les chiffres sont analysés à la cellule centrale pour savoir si des données étonnantes signalent :

- Un pb de traitement des données,
- Une bonne pratique !

#### **Utilisation : cela progresse.**

- Information disponible sur l'intranet APHP.
- Comparaisons par spécialité, par processus, etc. Cela donne des repères utiles.
- C'est devenu une donnée d'entrée dans les conférences d'hôpital, les CME, etc. où se prennent les décisions ! « ça nous donne du grain à moudre dans l'établissement ». Un bon signe, le tableau de bord s'intègre progressivement au « cycle de gestion » (nom donné au processus de décision) ! C'est devenu aussi une base d'information pour fixer les priorités d'action de l'APHP.
- Et aussi dans le contrat avec l'ARH, dans l'enquête du Point.
- Mais... cela doit encore se rapprocher du terrain, des unités, des services ! »

## c) Intervention du Dr Henri Bonfait, coordonnateur qualité, Hôpital Notre Dame du Perpétuel Secours

Expérimentation IPAQH ; la tenue du dossier patient et du dossier d'anesthésie, des indicateurs pour demain. Voir diaporama.

*Rappels : parties prenantes : HAS, ministère, assureurs, établissements, associations de patients !*

*11 indicateurs standardisés expérimentés. Comparaisons possibles par catégories d'établissement*

*Expérimentation IPAQH fondée sur :*

- *La fiabilisation, la confidentialité et la déontologie de la collecte des données.*
- *Le contenu des indicateurs*

## d) Intervention de Imène Haouet, à propos du *Balanced Scorecard* au CHU de Liège, où elle est détachée dans le cadre d'une formation action doctorante (Université de Strasbourg)

*« Le CHU a commencé une démarche de type Balance Scorecard.*

*Les points forts :*

- *Une démarche très participative.*
- *Une sélection claire de vingt priorités, vingt grands projets.*

*Ce sont ces projets transversaux qui servent de base à l'établissements des indicateurs. Ces derniers ne sont donc pas conçus dans un cadre hiérarchique et pyramidal mais bien dans une optique projet, transverse et orientée sur l'avenir. Mais reste là aussi un gros travail pour que les indicateurs soient au plus prêt du terrain. »*

## e) Alain Miquel : assemblée Générale Ordinaire annuelle de l'AFQHO

- Présentation du rapport d'activité 2007 et perspectives 2008
- Présentation de l'état financier,
- Renouvellement du bureau. Voir compte rendu spécifique.

### **Afqho Info**

- Remerciement au Dr Alain Braillon pour le formidable travail d'*AFQH info*. Rappel du fonctionnement d'*AFQHO Info*. Appel à diffusion et à contribution de tous.
- Projet de partage des informations sur *Afqho Info* avec les réseaux régionaux (CCECQA, REQUA , GIP REQUASS, RSQ GREQUA, AQUARES, QUALIF pour n'en citer que quelques uns).

### **Vie des réseaux**

- Réunion de tous les réseaux aux prochaines JIQH (Déc 2008) avec une réunion préparatoire en juin ou juillet (à organiser ; contact : C. Geisler).

## f) Après midi, trois sous-groupes de travail : voir ci-après.

## Trois sous-groupes de travail

### 1) Préparer le déploiement du projet IPAQH au sein d'un établissement

Rapporteur : François Pages (CH Perpignan)

1 – Formation pilotée par la HAS de 2 personnes (Binôme DIM / Qualité) par établissement, en charge de l'animation. Septembre – Octobre 2008

Les établissements recevront un courrier leur demandant de désigner 2 personnes. Un groupe de travail sera à définir ensuite en interne pour constituer un groupe d'auditeurs ou y associer des acteurs ou groupes travaillant déjà sur l'évaluation du dossier patient. Ils seront formés par le binôme animateur

Personnes intéressées :

- DIM et technicien de l'Information Médicale
- Responsable qualité et gestionnaire des risques
- Hygiénistes
- Anesthésistes
- cardiologues

Il sera indispensable de prévoir une communication préliminaire à l'évaluation auprès :

- du comité de pilotage
- des instances compétentes (CME, CSIRMT, sous-commission qualité et sécurité des soins)

2 – Tirage au sort de l'échantillon de dossiers de 2007 par la HAS à partir de l'ePMSI :

- 80 dossiers pour l'évaluation relative à la tenue du dossier, avec une réserve de 150 dossiers
- 60 dossiers pour l'évaluation relative au dossier anesthésique
- 80 dossiers pour l'évaluation relative aux bonnes pratiques de prise en charge de l'infarctus du myocarde

3 – Réalisation de l'audit. 4<sup>ème</sup> trimestre 2008

IPAQH constitue un Audit Clinique. Il pourra donc être réalisé sous la forme d'une action d'Evaluation des Pratiques Professionnelles. Si tel est le cas, il conviendra de le conduire conformément aux procédures en vigueur sur l'EPP.

Les résultats seront saisis directement en ligne avec un identifiant et un mot de passe Etablissement. La HAS donnerait la possibilité aux établissements d'évaluer davantage de dossiers que l'échantillon prévu et d'exploiter les résultats par unité.

Si des évaluations de dossier patient et qu'il est décidé de conserver le protocole et grille d'audit locaux déjà existants, il sera préférable de conduire cette évaluation et le projet IPAQH simultanément. Dans ce cas, les

résultats ne seront pas saisis directement sur informatique mais retranscrits sur une grille papier pour ajouter des critères complémentaires ne figurant pas dans IPAQH.

## 4 – Communication des résultats

Les résultats seront communiqués:

- au comité de pilotage
- aux instances compétentes (CME, CSIRMT, sous-commission qualité et sécurité des soins)
- aux pôles. Les résultats par pôle pourront renseigner leur tableau de bord Qualité - Sécurité
- à l'ensemble de l'établissement (Portail Intranet, journal interne, ...)

## 5 – Définition de Plans d'Action

IPAQH donnera lieu à des Plans d'Action dans une logique d'amélioration continue d'autant plus qu'il s'agit d'une évaluation annuelle. Ces Plans d'Action pourront être définis à 2 niveaux :

- Etablissement sous la responsabilité de la CME et de la CSIRMT
- Par pôle et/ou services dans le cadre de leur pilotage

## Avantages

- Renseignement d'un tableau de bord institutionnel et par pôle pour le pilotage de la démarche Qualité et Sécurité des soins
- Démarche à la fois obligatoire pour l'établissement et validante pour l'obligation individuelle d'EPP des médecins

## 2) Aider les pôles à trouver des indicateurs, à constituer son tableau de bord

Rapporteur : Christine Castaing (GCS Pitié Salpêtrière)

Ne pas oublier qu'un indicateur doit être (règle des trois U) : utile, utilisable, utilisé.

Avant toute réflexion les membres du groupe ont échangé sur leurs situations et voici les constats:

- les pôles sont mis en place de manière hétérogène dans une même structure
- les logiques de rapprochement sont quelquefois difficiles à cerner
- tous les établissements ne sont pas en pôle
- les indicateurs qualité institutionnels sont pour beaucoup d'entre eux transposables
- certains dépendent tout de même des prises en charges effectuées dans la structure (par ex. MCO différent que psychiatrie)
- les indicateurs qualité (hormis hygiène et vigilances qui existent depuis longtemps) sont en phase de formalisation.

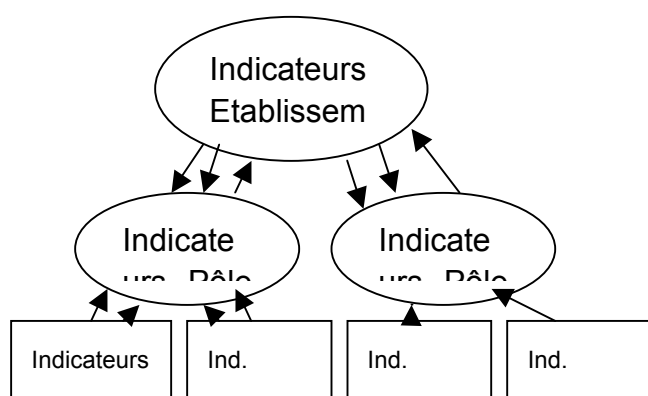
Deux hôpitaux (sur 10) sont plus avancés et disposent d'indicateurs pérennes (4 ou 5)

### Les principes retenus :

**Attention : le groupe s'est positionné comme responsable qualité apportant une aide méthodologique aux pôles ou aux services.**

#### 1. Il y a au moins deux entrées pour trouver des indicateurs qualité :

- 1° Les indicateurs nationaux et / ou institutionnels existants
- 2° Les indicateurs issus du terrain, des demandes des professionnels



Le pôle, lorsqu'il est constitué, décline donc des indicateurs institutionnels associés à des indicateurs issus des services.

#### 2. Afin d'aider les pôles ou les services : il semble pertinent de partir d'une problématique du ou des services ou des résultats d'une recherche évaluative.

3. **La méthodologie** employée reste toujours la même, mais les tableaux de bord et les indicateurs suivis peuvent être différents selon les années. En effet, lorsque la roue qualité a été faite au moins deux fois et que les résultats sont satisfaisants, soit l'indicateur devient pérenne, soit un indicateur momentanément plus pertinent, issu d'une problématique est à définir et suivre.
4. Il semble fondamental, dans l'approche « utile et utilisé » de souligner l'intérêt d'indicateurs s'intéressant au **rapport coût / qualité** (exemple avec les escarres). « L'utilisable » est plus en rapport avec la méthode et l'appropriation de l'outil par les professionnels de terrain.
5. **Le choix des indicateurs qualité** peut être basé sur :
  - l'analyse des évènements indésirables ou sentinelles
  - les résultats issus des EPP de la certification (ou d'autres EPP)
  - les résultats de l'auto évaluation du service pour la certification
  - l'analyse des questionnaires de satisfaction et/ ou des plaintes
  - la cartographie des risques
  - l'analyse de processus ou un chemin clinique ou tout autre outil d'évaluation (RMM, analyse des causes etc..)
  - les données du DIM
6. **Les responsables qualité** doivent s'appuyer sur les référents qualité de pôle ou de service lorsqu'il y a lieu, afin de garantir grâce à un travail sur les besoins (des patients et des soignants) une réelle motivation des professionnels.

Celle-ci favorisera l'utilisation des indicateurs en lien avec leur cœur de métier.

## 3) Comment aider un pôle à définir ses finalités, sa stratégie, ses objectifs ?

### Rapporteur : Christophe Geisler (AFQHO)

#### A. Comment nous vivons le problème ? Réponses du tour de table des participants :

- ▶ *"On est parti en sens inverse, depuis des exigences Qualité (normatives) vers des priorités puis, par "écrémage", vers une hiérarchie d'objectifs... contestée, discutée et finalement validée.*

*On a convoqué les responsable de pôle pour obtenir des objectifs qualité*

*--> Résultat hétérogène*

*On a des "pôles" avec des niveaux de maturité qualité différente.*

*On a demandé aux pôles de proposer des indicateurs par rapport à la politique qualité du CH d'où :*

*--> TB du CH*

*--> TB / pôle*

*Ils ont participé aux cahier des charges de la méthodologie.*

*Le pôle = pôle de gestion (texte définissant les pôles), pas pôle de stratégie*

*→ certes avec des objectifs EPP --> pas lieu de Projet.*

*Les coordonnateurs de pôle ne participent pas tous à la politique de l'établissement.*

*Notre établissement a inscrit des objectifs qualité dans la gestion.*

*Les missions, finalités des pôles sont différents."*

*"Mon établissement est très dynamique. On a défini une finalité commune à tous : « fournir la meilleure prestation pour le patient de soin au meilleur coût » avec 6 axes principaux. J'ai demandé aux services de décliner cette finalité et de relier les objectifs de service avec les 6 axes. Ce sont leurs indicateurs, leurs leviers."*

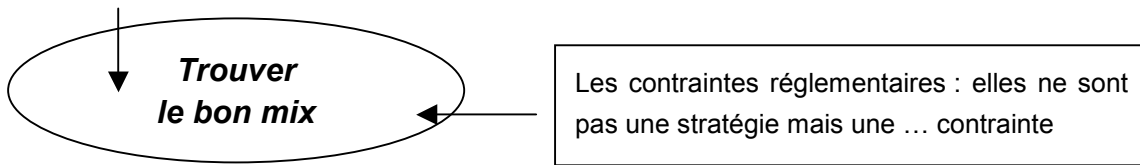
#### B. Démarche générique pour établir la stratégie :

1. Fixer les axes majeurs et cibles à atteindre, définis par la direction
2. Clarifier les modalités essentielles
3. Discuter avec les managers, ajuster, valider, formaliser
4. Expliquer au plus grand nombre la stratégie

**Résultats à atteindre --> Processus clés --> Moyens à mettre en oeuvre --> Indicateurs**

#### C. Pour nous, cellule qualité, par quel bout le prendre ?

- ▶ Commencer par écouter le directeur
- ▶ C'est normal que des gens ne soient pas d'accord
- ▶ Formaliser l'expression du plus grand nombre sur cette stratégie
- ▶ Identifier ce qui ne vas pas
- ▶ Se donner des objectifs moteurs, pas défensifs (attention à la formulation)



## D. Comment les qualitiens peuvent-ils agir ?

- ▶ Il faut tenir le stylo (sur le terrain comme auprès de la direction)
- ▶ Aller sur le terrain, lui rendre service ! Travailler avec eux. 50% du temps...
- ▶ Inscrire les actions dans le projet global --> définir les règles
- ▶ Communiquer, expliquer, informer,...