



Analyser pour évoluer



DR D. COURCIER
chef de pole santé publique pharmacie
CHUM octobre 2013



Louis XIV en 1662 rédige la 1^{ère} grande loi hospitalière

*«Il faudra m'informer de l'avantage qu'on pourrait espérer de l'union des Hôtels Dieu déjà établis à ces nouveaux Hôpitaux Généraux car il en est qui subsistent dont les revenus peuvent avoir été par le passé, et **être encore aujourd'hui mal administrés.***

*Je désire savoir si, par l'union de ces 2 sortes d'hôpitaux, avec une meilleure administration des revenus, il y aurait lieu d'en tirer quelques secours pour les soutenir et **les fortifier en les joignant ensemble en un seul lieu**»*

Utiliser des indicateurs de gestion pour mesurer la performance (ou la non performance)

nécessite au moins 2 conditions :

- **Sait-on mesurer les résultats sans ambiguïté ?**
- **Sait-on ce qu' il faut faire pour bien travailler ?**

Les méthodes d'analyses

Production, Valorisation, Qualité

- Les tableaux de bords externes
- Les T.B. avec des indicateurs internes
- La « vérité des comptes »: CREA ...
- Le benchmarking
- Microcosting et autres analyses
- Les analyses processus
- L'analyse par poste de travail
-

Le benchmarking

- Comparaison d'indicateur ?
ou
- Processus ? :
 - La planification
 - Le management
 - La recherche de la qualité
 - Les finances

INDICATEURS

Ex: taux d'absentéisme

9.54 %

Définition, Production, Validation, Communication

pour raisons médicales et non médicales du PNM premier semestre 2013

Une alerte !!!

Cout direct: 1 % d'absentéisme = 1 +/-0.6% de la masse salariale.

Qualité d'un indicateur

FICHE INDICATEUR N°	
INDICATEUR	Nom Indicateur
UNITE	
DEFINITION	
PERIMETRE	
SOURCE	
VARIABLES EXPLICATIVES	
MODE DE CALCUL	
COMMENT L'INDICATEUR EST-IL PRODUIT ?	
QUI LE PRODUIT ?	
NOM DE LA REQUÊTE	
QUI L'EXTRAIT ?	
COMMENT L'INDICATEUR EST-IL EXTRAIT ?	
FREQUENCE DE MESURE	
PERIODE DE MESURE	
UTILISATION DE LA VARIABLE	
CONTRÔLE QUALITE	
FIABILITE (en %)	
VALIDATION	

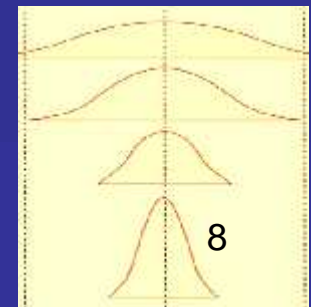
Les indicateurs

question à la fois centrale et réductrice.

la visibilité, la comparaison, le dialogue

= l'occasion de mettre en débat la performance :

Ce que l'on mesure détermine ce que l'on fait,

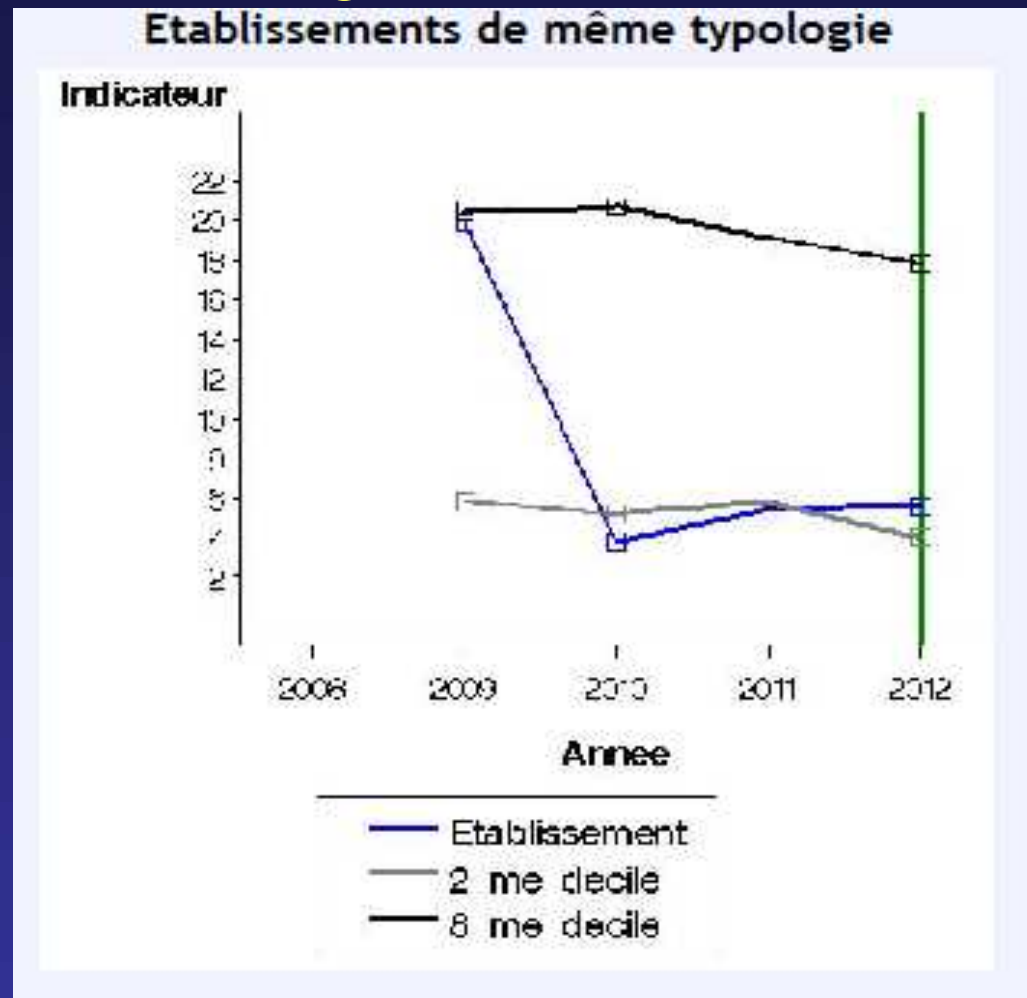


Le benchmarking processus

10 étapes

1. Identifier les sujets et l'objet du benchmarking
2. Identifier les meilleurs compétiteurs
3. Fixer les méthodes de cueillette de données et recueillir les données internes et externes
4. Analyser les performances et identifier les causes de variance.
5. Planifier les niveaux de performance futurs
6. Communiquer les résultats de l'analyse
7. Etablir les objets fonctionnels
8. Développer un plan d'action
9. Implanter et suivre les résultats
10. Recalibrer le benchmarking

Tableaux hospidiag



SITE	Nombre de sorties	tx exhaustivité	DOSSIERS FACTURES	TX FACTURATION
TOTAL	34 550	97,49%	28 136	81,44%

Tableaux hospidiag

P12 : Taux de chirurgie ambulatoire

	Région		Catégorie		Typologie		
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2008</u>	11.03	0	46.43	8.32	21.91	25.78	48.92
<u>2009</u>	14	0	47.55	12.04	24.36	28.19	52.3
<u>2010</u>	20.74	0	54.23	8.27	25.41	28.6	54.89
<u>2011</u>	19.86	5.26	54.22	9.9	27.84	30.53	56.74
2012	19.93	4.76	56.46	9.56	27.77	31.81	58.75

Tableaux hospidiag

RH1 : Nombre d'accouchements par obstetricien et sage-femme

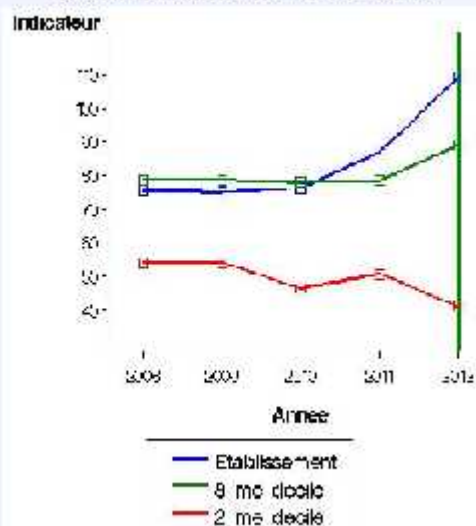
		Région		Catégorie		Typologie	
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2008</u>	35	30	47	30	48	44	57
<u>2009</u>	27	21	45	27	44	39	52
<u>2010</u>	29	16	44	29	138	41	52
<u>2011</u>	33	13	51	28	42	40	49
2012	29	15	50	29	44	38	48

Attention de fiabiliser les circuits de l'information !!!!

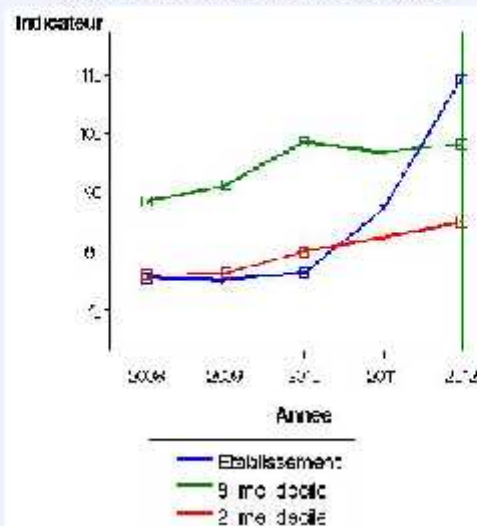
A14 : Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie

	Région			Catégorie		Typologie	
	Etabl.	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2008</u>	75.5	53.9	78.7	76	88.3	49.4	83.3
<u>2009</u>	75.1	53.9	78.8	76.2	91.2	48.6	83.5
<u>2010</u>	76.2	46.4	78.1	79.9	98.5	48.4	84.9
<u>2011</u>	87	50.7	78.6	82.3	96.8	46.9	85.2
2012	109.3	41	89	84.9	98.1	46.1	86.7

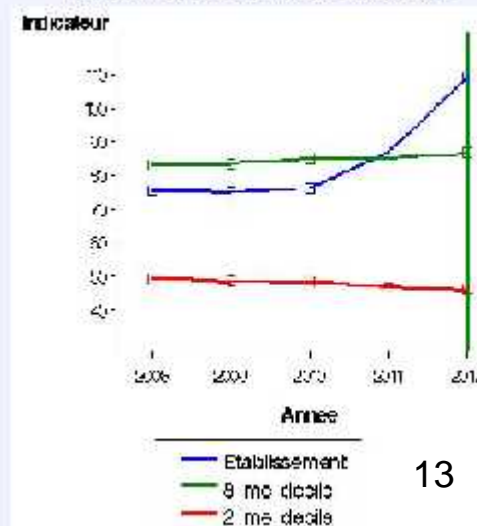
Etablissements de la même région



Etablissements de même catégorie




Etablissements de même typologie




Tableaux qualité


Lutte contre les infections nosocomiales - Année 2011



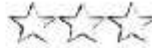
Classe A ou B :
Des Meilleurs...











Classe C :
...aux...



Classe D ou E :
...Moins bons



Classe F :
Les non répondants

Thème	Résultats de l'établissement (valeur + fouchette)	Classe de performance 2011	Évolution par rapport à l'année précédente
Score agrégé activités 2011	74/100 	C	Non adapté
Indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2)	65/100 	E	Non adapté
Indicateur de consommation de produits hydro Alcooliques (ICSHA.2)	186/100 	A	➔
Indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICALISO)	46/100 	E	Non adapté
Indicateur composite de bon usage des AnTiBiotiques (ICATB)	79/100 	C	➔
Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistantes (ICA-BMR)	84/100 	C	Non adapté
Indice triennal de Staphylococcus aureus résistant à la métiline (SARM)			Non adapté
- Taux triennal 2009-2011/1000 journées	0,31 	A	
- Niveau de risque			
- Effort de l'établissement : Tendances évolutive annuelle de 2006 à 2011			

Benchmarking

INDICATEURS / ENCADREMENT				
RATIOS/ENSEMBLE DU PERSONNEL DU SERVICE	BREST	FDF	REIMS	Médiane
Nb d'ETP IDE et AS pour un ETP Cadre	25,9	22,0	108,5	25,9
Nb d'ETP PNM pour un ETP Cadre	30,2	29,5	138,8	35,0

Benchmarking

PNEUMOLOGIE	BREST	FDF	REIMS	Médiane
CAPACITE ET ACTIVITE				
Lits (Hors réa/SC/SI)	78	19	22	44
Places Hospitalisation de jour	5	0	9	5
Total Lits et places (Hors réa/SC/SI)	83	19	31	48
Taux d'occupation réel du service	99,2%	89,5%	95,4%	93,0%
Journées en hospitalisation complète	27 123	5 478	7 518	13 244
Venues en hospitalisation de jour	2 269	0	2 358	1 779
Total Journées et venues	29 392	5 478	9 876	14 465
RUM	6 311	818	3 680	3 848
RSS	6 235	797	3 367	3 604
DMS RUM	6,72	8,53	6,27	6,11
% de RSS de sévérité 3 et 4 et/ou C et D	15,9%	34,8%	10,9%	14,3%
Valorisation des RUM T2A 100%	12 582 576	3 295 290	4 855 918	6 552 786
PMCT (RUM de 0 jour)	517	NC	561	547
PMCT (RUM > 0 jour)	2 847	4 579	2 691	2 354
Recette moyenne par venue en externe	29	93	25	16 32

Comparaison de deux services: Ex: gériatrie au sein d'un même établissement

	A	B
Age moyen par RUM	82,41	85,5

Severité	Libellé	A	B	Pourcentage	Pourcentage	DMS PMSI	DMS PMSI	CA moyen (€)	CA moyen (€)
		Effectif	Effectif						
3	Severité 3	377	405	51,6%	52,2%	13	8	5 156	5 753
4	Severité 4	142	157	19,4%	20,2%	18	9	7 375	7 425
Z	Non segmenté	88	79	12,0%	10,2%	12	10	6 360	6 130
2	Severité 2	70	93	9,6%	12,0%	10	6	3 729	4 283
1	Severité 1	39	21	5,3%	2,7%	6	2	2 261	2 024
T	Séjours de courte durée	11	13	1,5%	1,7%	0	0	683	616
E	Décès	3	8	0,4%	1,0%	1	1	863	884
J	Chirurgie ambulatoire	1		0,1%	0,0%	0		657	
	Total	731	776	100,0%	100,0%	731	776	5 349	5 716

Le benchmarking

- Outil de comparaison de chaine de production comparable !

Quel établissement ou service ressemble à un autre?

- Quels indicateurs de comparaison choisir ?

De capacité et d'activité

De dimensionnement du personnel

Des ratio activité/personnel

CHUM

tous les indicateurs sont au rouge:

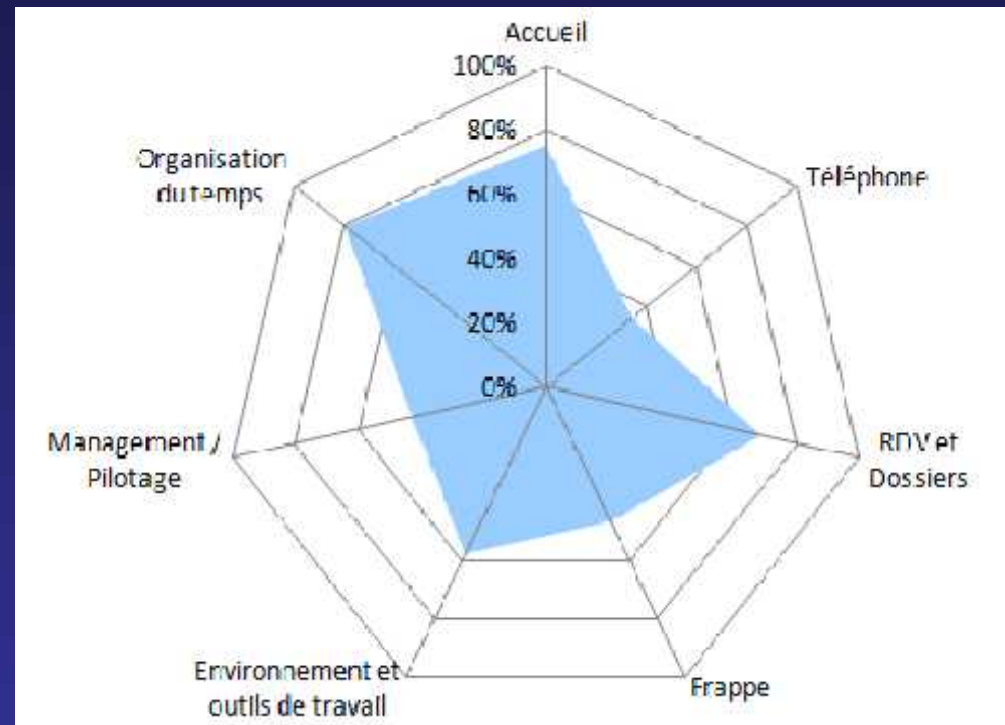
- Financiers: facturation, trésorerie,....
- Ressources humaines: absentéisme,...
- Qualité: indicateurs hygiènes,
- Matériels: vétusté, informatique,

agir !

Analyse des processus

ex: secrétariats médicaux

- Analyse synthétique



- Analyse par poste de travail

Après analyses

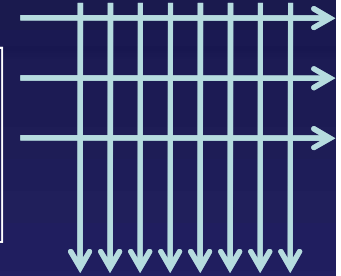
les causes de non performance sont nombreuses

- Le glissement des tâches individuelles
- Les incompétences cachées
- L'absentéisme non traité
- Des circuits non fiabilisés de l'information
 - Le taux de vétusté élevé des matériels
 - La centralisation des décisions internes
 - Le cloisonnement des services transversaux
 - Une application insuffisante des méthodes projets
- + Des contradictions entre choix politiques, techniques, et coûts
- + Le poids d'une fusion.....

DE L' ANALYSE AUX CHANGEMENTS

LES PROJETS SONT NOMBREUX DU CHUM :

140 prévus en 4 ans ?

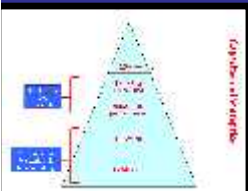


Trois étapes en cours restent à franchir

Transformer en plan d' action

Hiérarchiser les plan d' action

Harmoniser les transversaux et les polaires



Le changement Une culture

Directeurs
Chefs de pôle
Responsable d'unité

Indicateurs des T.B.
Benchmarking
Tableaux externes
Indicateurs qualité

Contrôle de gestion
DIM
Organisation qualité

Alerte

Chef de projet

Projets

Analyses des processus,
des pratiques,
des postes

Choix Validation

Conducteur de P.A.

Plan d'action

Outils de la planification
du changement

Validation

Conducteur de P.A.

Indicateurs du P.A.

Suivi

Les méthodes d'analyses au service du changement

Convaincre et faire prendre conscience

- La vérité des comptes
- Le benchmarking
- Le cout estimé de la non qualité

La communication

Concevoir les projets et accompagner le changement

- Les analyses processus et des pratiques
- L'analyse par postes
- L'analyse médicoéconomique des projets

Un plan d'action

Nous savons quoi faire mais tout reste à faire...



- Il faut travailler à la fois :
la méthode, la technique, le changement, la sociologie

C'est une révolution culturelle !!!!

Pour un service médical rendu au patient :
à haut niveau de sécurité et de satisfaction
dans un cadre budgétaire contraint assaini



Analyser pour évoluer



DR D. COURCIER
chef de pole santé publique pharmacie
CHUM octobre 2013