



## **TABLEAU DE BORD QUALITE / GESTION DES RISQUES : UN LEVIER STRATEGIQUE DE PILOTAGE ET DE MANAGEMENT**

**PASCAL Annie, Directrice des soins et de la Qualité GDR**  
**DELVAUX Béatrice, Cadre de Santé en Imagerie et Qualité**  
**CARTERON Marie Christine, Qualificienne**



# PREAMBULE : le Tableau de Bord TdB -Qualité Gestion Des Risques



- **Le Tableau de Bord QGDR** : *"un outil de pilotage et d'aide à la décision regroupant une sélection d'indicateurs. Il permet d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs"*.
- **Un indicateur** : *"une information choisie, associée à un critère qui permet de mesurer ou de comparer l'évolution d'un niveau d'amélioration des résultats et/ou des processus"*.
- **Un « bon » TdBQ doit contenir des données quantitatives comptables et qualitatives.**



Claude VICOT et Hervé LECLET « *Indicateurs qualité en santé* »,

2<sup>ème</sup> édition, Mai 2006 – AFNOR

2



o Existence de nombreux indicateurs sur l'établissement, centrés sur la prise en charge des patients **mais**

o Indicateurs épars et diffusés au gré des directions et des services



➔ Leur multitude et leur diversité constituait un véritable puzzle qu'il était nécessaire d'assembler



4 blocs d'indicateurs retenus pour le CH de Feurs :

① **L'évaluation de la satisfaction des usagers** (2 rubriques : « questionnaires de sortie » et « gestion des plaintes »)

② **Les indicateurs nationaux (IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité & de la Sécurité des Soins. & Score agrégé ICALIN –'Indice Composite d'Activité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)**

③ **La sécurité des soins et la gestion des risques :**  
Vigilances, Suivi des événements indésirables, Formations QGDR

④ **Les indicateurs spécifiques**



### 39 indicateurs :

- 8 Indicateurs issus des questionnaires de satisfaction
- 3 Indicateurs issus de la gestion des plaintes
- 12 Indicateurs nationaux obligatoires
- 1 Indicateur issu du signalement de EI (Evènements Indésirables)
- 6 indicateurs issues du bilan des vigilances
- 7 Indicateurs EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles)
- 2 Autres (formation)

## Résultats (3) : quelques exemples d'indicateurs



### Evaluation de la satisfaction des usagers :

Gestions des Réclamations / Plaintes pour 1000 Journées Hospitalières

En 2009 : 15 soit 0,15 ‰. En 2010 : 19 soit 0,19 ‰

Taux de retour des questionnaires de sortie : Objectif : 30%

En 2009 : 27,18% . En 2010 : 29,44%

### Sécurité des Soins & Gestion des Risques :

Nombre de FEI (Fiches évènements Indésirables) : Objectif : 365/an

En 2009 : 289. En 2010 : 240

Hémovigilance : Taux de retour des PSL (Produits Sanguins Labiles) Obj <1%

En 2009 : 2,57% En 2010 : 1,44%

### Indicateurs Nationaux:

IPAQSS : Dénutrition : National Niv 1 : 80% En 2009 : 80% En 2010 : 90%

### Indicateurs Spécifiques :

Bons d'examens d'imagerie incomplets : Objectif <10% En 2009 : 16,25% En 2010 : 27%

Chutes déclarées en MCO (138 lits) : En 2009 : 71 En 2010 : 59

# Résultats (4)

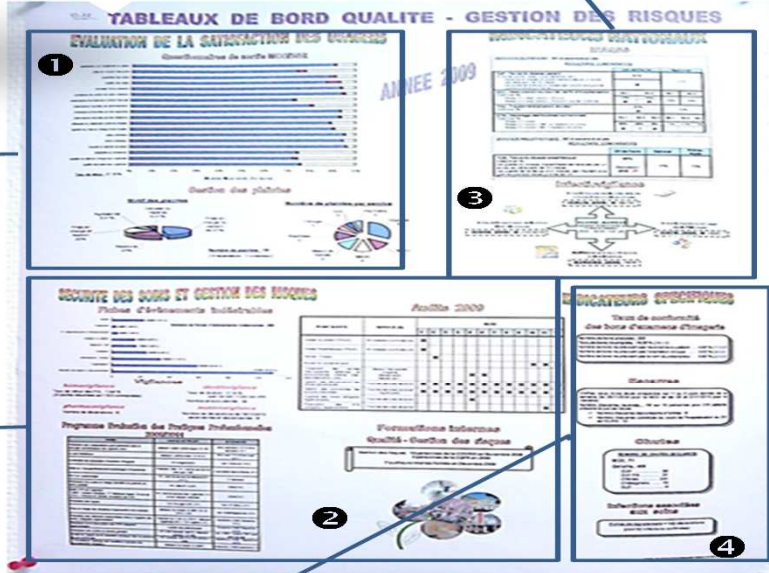


Les TdBQR sont affichés dans les services et salles de réunion

③ Indicateurs nationaux : IPAQSS et ICALIN

① Evaluation de la satisfaction des usagers

② Sécurité des soins et GdR : FEI, HémoV, IdentitoV, PharmacoV, MatérioV + Programmes EPP & Audits Formations Internes : QGDR



④ Indicateurs spécifiques : Taux de conformité des bons d'examen d'imagerie, Escarres, Chutes, Infections associées aux soins



# Résultats (5)

## TABLEAUX DE BORD QUALITE - GESTION DES RISQUES - ANNEE 2010

### INDICATEURS NATIONAUX GENERALISES

### EVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS



#### IPAQSS

DOSSIER DU PATIENT MCO : 80 dossiers évalués

Libellé indicateur	Valeur CH de Feurs	Evolution / année 2009	Position CH Feurs / moyenne nationale	Objectif à atteindre (= objectif national)
TDP : Tenue du dossier patient (Score sur 100)	68	NA	72	80
DEC : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (Valeurs en %) Niveau 2 = Délai d'envoi ≤ 8 jours + courrier conforme.	54	→	40	80
TRD : Traçabilité évaluation douleur (Valeurs en %)	80	↔	61	80
DTN : Dépistage des troubles nutritionnels Niveau 1 = poids.	90	→	79	80

DOSSIER ANESTHESIQUE : 60 dossiers évalués

Libellé indicateur	Valeur CH de Feurs	Evolution / année 2009	Position CH Feurs / moyenne nationale	Objectif à atteindre (= objectif national)
TDA : Tenue du dossier anesthésique (Valeurs en %)	81	↔	81	80

DOSSIER DU PATIENT SSR : 80 dossiers évalués

Libellé indicateur	Valeur CH de Feurs	Evolution / année 2009	Position CH Feurs / moyenne nationale	Objectif à atteindre (= objectif national)
TDP : Tenue du dossier patient (Score sur 100)	64	↔	71	80
DEC : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (Valeurs en %) Niveau 2 = Délai d'envoi ≤ 8 jours + courrier conforme.	94	→	67	80
TRD : Traçabilité évaluation douleur (Valeurs en %)	86	↔	57	80
DTN : Dépistage des troubles nutritionnels Niveau 1 = poids.	98	→	63	80
TRE : Traçabilité du risque d'escarres (Valeurs en %)	25	NA	49	Pas d'objectif cible

● position de l'établissement significativement > à la moyenne du groupe de référence  
 ● position de l'établissement non significativement > à la moyenne du groupe de référence  
 ● position de l'établissement significativement < à la moyenne du groupe de référence

#### GESTION DES PLAINTES

Nombre de plaintes 2009 : 15  
 Nombre de plaintes 2010 : 19

#### MOTIF DES PLAINTES

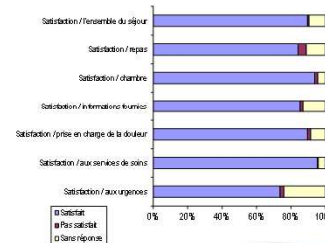


#### NOMBRE DE PLAINTES PAR SERVICE



#### QUESTIONNAIRES DE SORTIE MCO/SSR

Taux de retour 2010 : 29,44%  
 Taux de retour 2009 : 27,18%



#### DELAI MOYEN

#### D'ACCUSE DE RECEPTION

	2010	2009	
Accusé de réception :			
• des réclamations	6 jours	10 jours	↔
• des réponses	20 jours	20 jours	=

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN CANCEROLOGIE : 44 dossiers évalués

Libellé indicateur	Valeur CH de Feurs	Evolution / année 2009	Position CH Feurs / moyenne nationale	Objectif à atteindre (= objectif national)
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire (Valeurs en %) Niveau 1 = pourcentage de patients pour lesquels est intervenu, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la laïc d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée, comportant la proposition de prise en charge. Niveau 2 = pourcentage de patients pour lesquels est intervenu, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la laïc d'une réunion de concertation pluridisciplinaire dédiée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.	80	NA	70	Pas d'objectif cible
	7	NA	38	



## INDICATEURS SPECIFIQUES

#### TAUX DE NON-CONFORMITE DES BONS D'EXAMENS D'IMAGERIE

Taux de bons incomplets 2010 : 27,00%  
 Taux de bons incomplets 2009 : 16,25%

Nombre de bons analysés en 2010 : 322  
 Nombre de bons ne nécessitant pas l'autonomie du patient : 13,06% (44/322)  
 Remaniement clinique : 5,90% (19/322)  
 le nom du prescripteur : 14,28% (46/322)

#### CHUTES

Nombre de chutes déclarées en MCO en 2010 → 59  
 Nombre de chutes déclarées en MCO en 2009 → 71

Nombre de chutes déclarées en SSR en 2010 → 354  
 Nombre de chutes déclarées en SSR en 2009 → 409

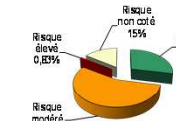
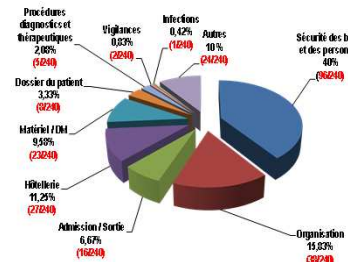
#### ESCARRES

Chiffres issus d'une étude prospective sur 1 ou 2 jours données de la semaine (le 26/11/2010 pour la MCO et les 25 et 26/11/2010 pour la Géraldis).

## SECURITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES

#### FICHES D'EVENEMENTS INDÉSIRABLES

Nombre de FEI 2010 : 240  
 Nombre de FEI 2009 : 289



#### VIGILANCES

	2010	2009	Evolution	Objectif à atteindre
insévigilance	Taux de retour des PSL : 1,44% (22 fiches retournées sur 1533 consultations)	2,57% (86 fiches retournées sur 1402 consultations)	↔	moins de 1%
nonvigilance	Nombre de déclarations : 6	6	=	
néovigilance	Taux de doublem : 0,44%		↔	moins de 10
diversvigilance	Nombre de déclarations de FAISSAFS ascendantes et descendantes : 7	8	↔	
activesvigilance	Nombre de fiches de signalement : 166 (dont 65 infections confirmées)	142 (dont 62 infections confirmées)	↔	Augmenter le nombre de déclarations

## QUELQUES CHIFFRES CLÉS



- **Obtention d'une vision synoptique des indicateurs prioritaires**
- **Base de réflexion de travail sur laquelle s'appuyer afin d'améliorer certains points plus particuliers**
- **Suivi des progrès réalisés**



## Perspectives :

- Mettre en parallèle indicateurs d'activités et indicateurs QGDR
- S'appuyer sur l'évolution des indicateurs pour définir les axes prioritaires du nouveau programme QGDR
- Elaborer un tableau de bord QGDR à destination du public

## Limites :

- Indicateurs similaires
- Manque de pertinence
- Inconstance du respect des mises à jour
- Risque de « pénalisation » lié aux résultats
- Empiètement de l'espace d'information des salles de soins occultant d'autres données

# Impact de la démarche : les objectifs ont-ils été atteints ?



On pourra dire que c'est gagné si :

- Le tableau de bord est lu
- Des questions sont posées
- Des suggestions sont faites et des actions proposées
- Des résultats sont discutés



On pourra dire que la démarche est à améliorer si :

- Le tableau de bord reste au fond d'un tiroir
- Les professionnels ne parlent que des écarts
- Les résultats ne sont pas partagés

## Conclusion : enseignements tirés du projet



- Un tableau de bord n'est utilisable à des fins de management et de pilotage que si les informations qu'il véhicule sont pertinentes, simples et limitées.
- L'appropriation de cet outil par l'ensemble des équipes du CH de Feurs, reste encore un **objectif prioritaire**.
- A plus Long Terme, il faut établir un rapport entre la qualité du service offert et les ressources utilisées.

Dans tous les cas, se rappeler que :

« Nous avons tendance à améliorer ce que nous mesurons ». David C Leach : Quality in Health Care 2004

# Merci de votre attention



# Glossaire et bibliographie (1)

---

- QGDR : Qualité Gestion Des Risques
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- ICALIN : Indice Composite pour l'Amélioration de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
- IPAQH : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière
- IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- PLATINES : Plateforme d'Informations sur les Etablissements de Santé de Médecine, Chirurgie, Obstétrique

# Glossaire et bibliographie (2)

---

- VICOT Claude, LECLET Hervé, "*Indicateurs qualité en santé* ", 2<sup>ème</sup> édition, Mai 2006 – AFNOR
- A. HUGEROT, A. DEVILLARD, Th. MONNERET, N. VILLENET "Perception du risque: exploration des définitions et des représentations chez les personnels hospitaliers" Revue : Risques et Qualité – 2010 Volume VII n<sup>o</sup>2.
- J. ØVRETVEIT & A. STAINES, " L'amélioration de la valeur dans les services de santé " Collection Progrès en sécurité des soins, Juin 2011 – SPRINGER.

# Glossaire et bibliographie (3)

- **Arrêté du 28 décembre 2010** fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public **les résultats** publiés chaque année des **indicateurs de qualité et de sécurité des soins**
- **Note d'instruction N° DGOS/PF2/2010/449** du 21 décembre 2010 relative aux modalités techniques portant sur les enquêtes téléphoniques annuelles de **mesure de la satisfaction** des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, **publics et privés**, ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) à compter de 2011
- **Art. L. 6144-1. du CSP) –Missions de la CME"** Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la **qualité et de la sécurité des soins** ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du **directoire** un programme d'actions assorti d'**indicateurs de suivi**. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. L'établissement public de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. "