

# QUELLE STRATÉGIE POUR INSUFFLER ET SOUTENIR LE CHANGEMENT: EXEMPLE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE

---

Dr Aimad Ourahmoune  
Service Qualité des Soins  
Direction Médicale et Qualité  
HUG

POURQUOI CHANGER ?

EST-CE QUE LES GENTS AIMENT LE CHANGEMENT ?

A QUEL POINT VOUS FAITE CE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE (SELON LES RÉFÉRENTIELS/RECOMMANDATIONS DE VOTRE MÉTIER)?

DE QUOI VOUS AVEZ BESOINS POUR AMÉLIORER CETTE PROPORTION?

# EFFICACITÉ (APPROPRIATE SERVICES BASED ON SCIENTIFIC KNOWLEDGE TO ALL WHO COULD BENEFIT, NO UNDERUSE OR OVERUSE)

Patients received **54.9** (IC 95% 54.3-55.5) of recommended care

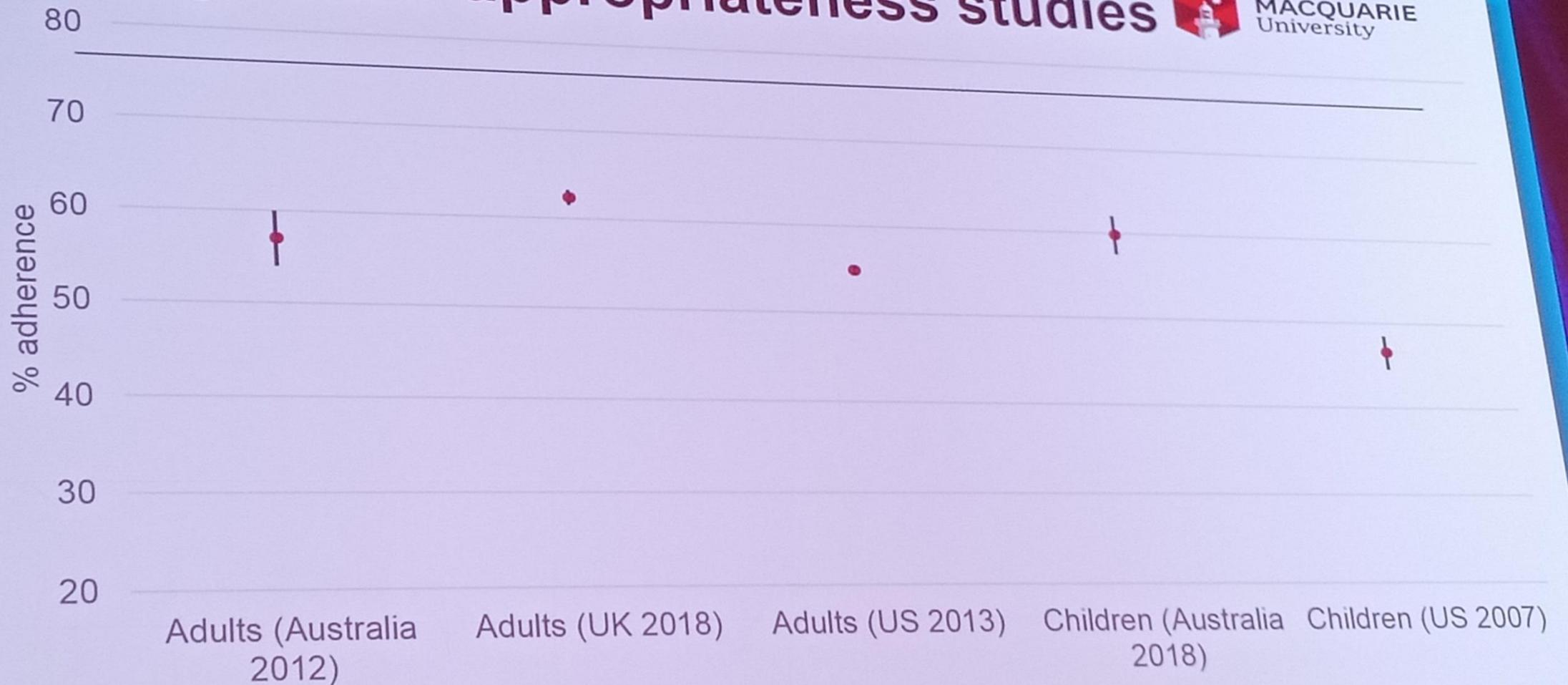
- Hypertension 64.7 (IC95% 62.6–66.7)
- Asthma 53.5 % (50.0–57.0)
- Hip fracture 22.8% (6.2–39.5)
- Alcohol dependence 10.5 % (6.8–14.6)

# What Proportion of Healthcare is Delivered in Line with the Evidence?

PROFESSOR JEFFREY BRAITHWAITE PHD, FIML, FCHSM, FFPHRCP, FACSS, HON FRACMA, FAHMS  
PETER HIBBERT B.APP.SC, GRAD. DIP ECON, GRAD. DIP COMP, ISQUA EXPERT  
AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH INNOVATION

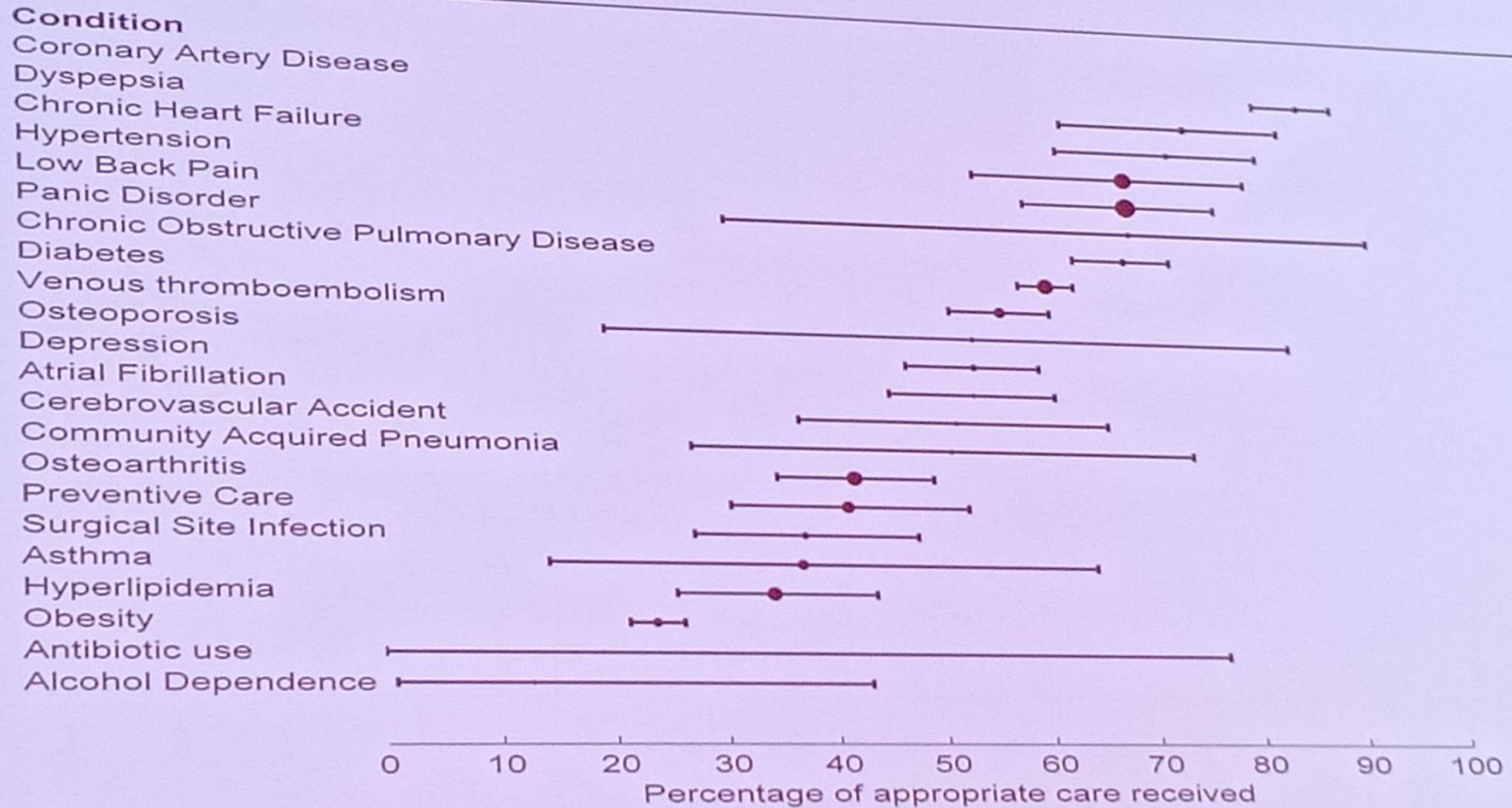
- Next
- Previous
- Last Viewed
- See All Slides
- Zoom In
- Custom Stage
- Show Presenter View
- Screen
- Pointer Options
- Help
- Pause
- End Show

# Large scale appropriateness studies



# Quality of care by condition

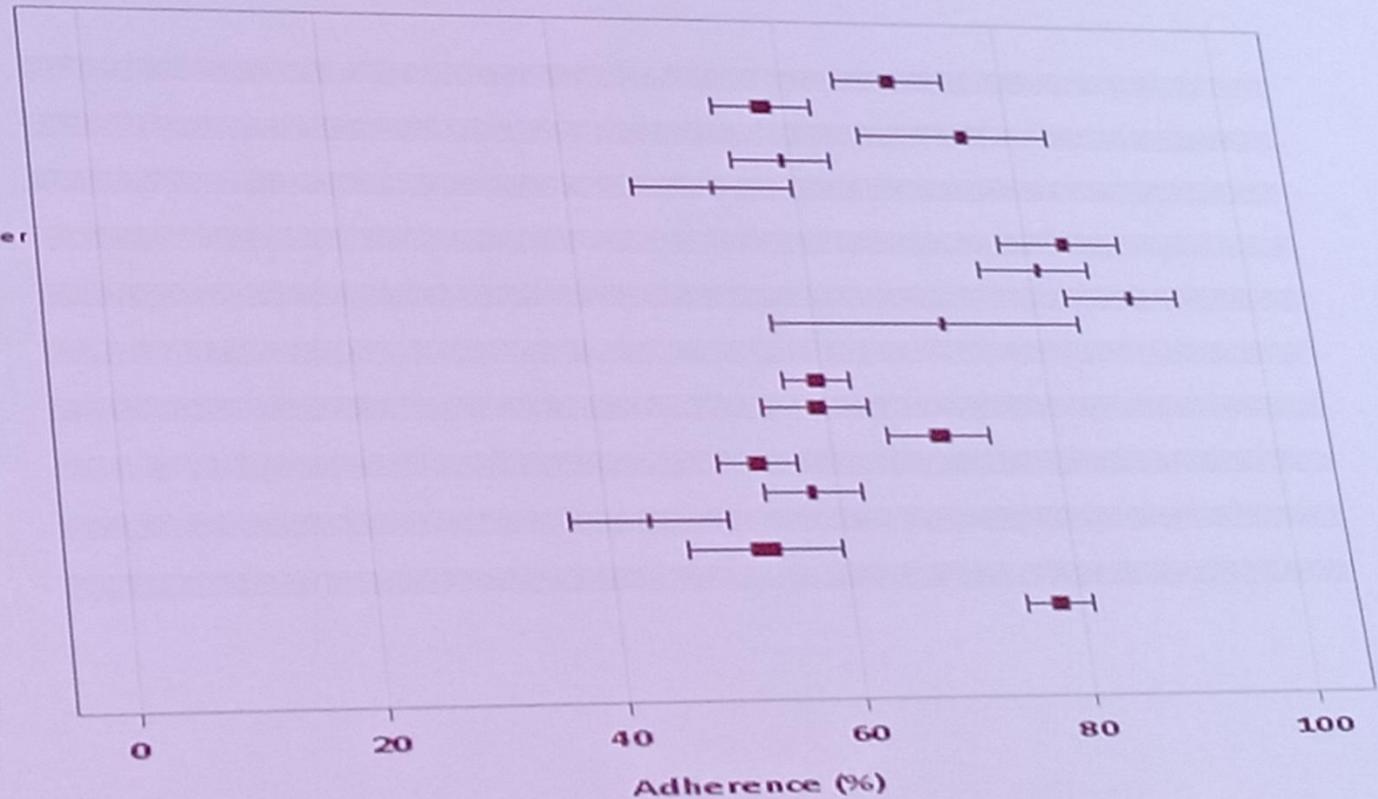
## CARETRACK ADULTS



# Quality of care by condition

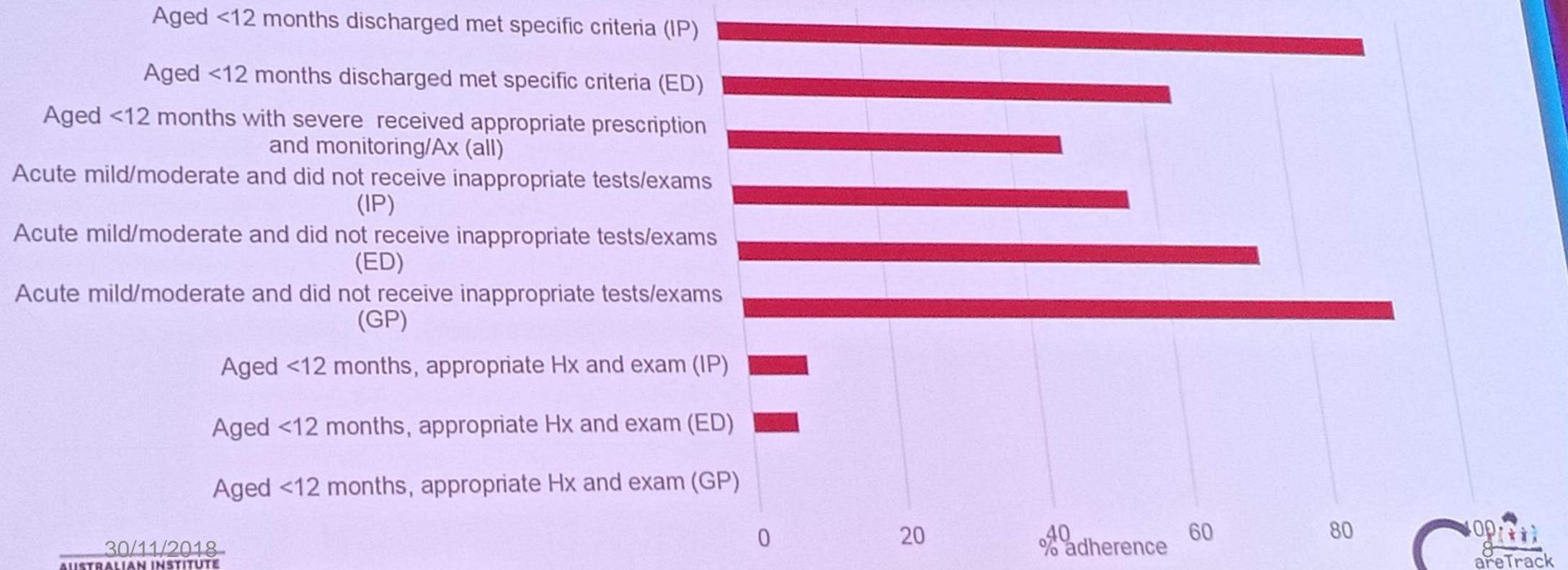
## CARETRACK KIDS

- Condition**
- NONCOMMUNICABLE
    - Abdominal pain
    - Asthma
    - Diabetes
    - Eczema
    - Gastro-esophageal reflux disease
  - MENTAL HEALTH
    - Attention-deficit hyperactivity disorder
    - Anxiety
    - Autism
    - Depression
  - ACUTE INFECTIONS
    - Acute gastroenteritis
    - Bronchiolitis
    - Croup
    - Fever
    - Otitis media
    - Tonsillitis
    - Upper respiratory tract infection
  - INJURY
    - Head injury



# Variation – bronchiolitis indicator bundles

## CARETRACK KIDS



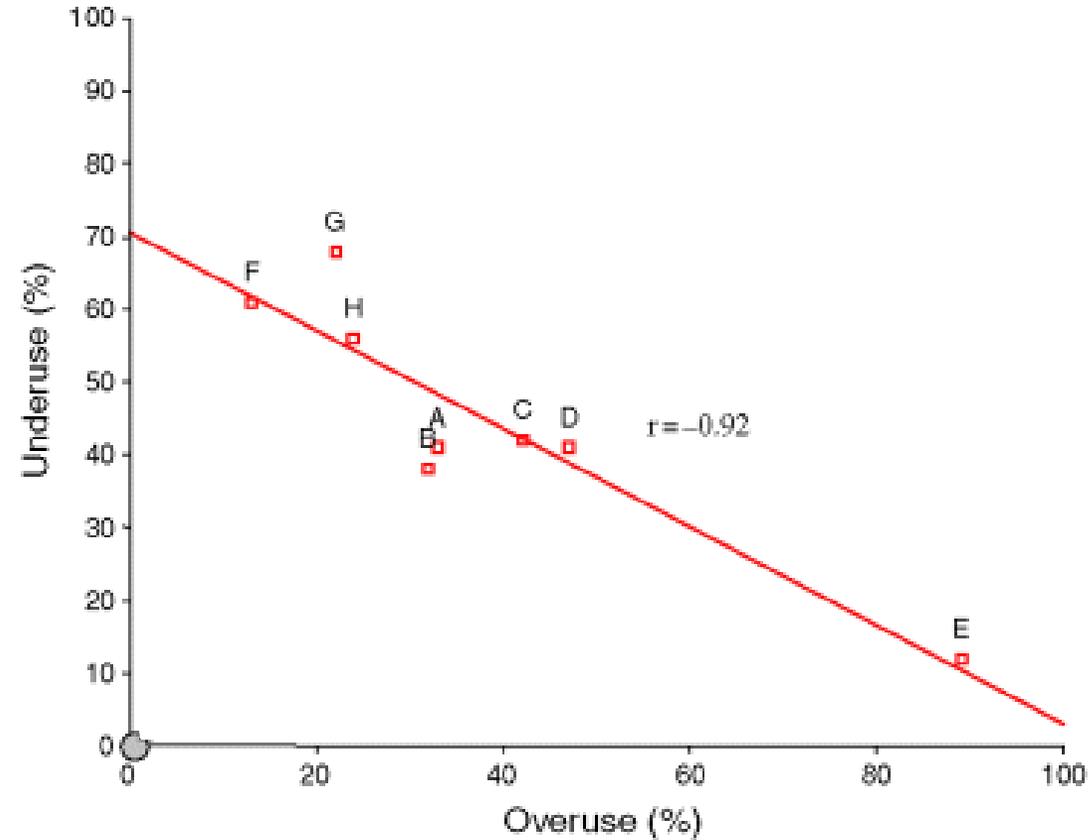
# ET EN SUISSE?

- «La Suisse dispose d'un excellent système de santé, et sa population est satisfaite des prestations dont elle peut bénéficier»\*
- « A l'heure actuelle, la qualité des soins n'est étudiée ni de manière systématique ni de manière homogène. Les données importantes ne sont pas collectées ou les autorités fédérales n'y ont pas accès » (rapport santé 2020)

## VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN ACUTELY ILL MEDICAL PATIENTS: DEFINITE NEED FOR IMPROVEMENT\*

# Effacité

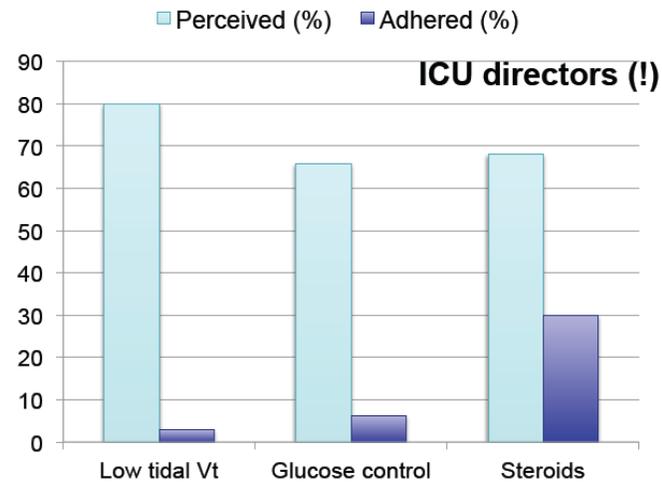
## VENOUS THROMBOEMBOLISM PROPHYLAXIS IN ACUTELY ILL MEDICAL PATIENTS: DEFINITE NEED FOR IMPROVEMENT\*



# Importance de mesurer ce que l'on fait

## Practice and perception—A nationwide survey of therapy habits in sepsis\*

Frank M. Brunkhorst, MD; Christoph Engel, MD; Max Ragaller, MD; Tobias Welte, MD; Rolf Rossaint, MD; Herwig Gerlach, MD; Konstantin Mayer, MD; Stefan John, MD; Frank Stuber, MD; Norbert Weiler, MD; Michael Oppert, MD; Onnen Moerer, MD; Holger Bogatsch, MD; Konrad Reinhart, MD; Markus Loeffler, MD; Christiane Hartog, MD; for the German Sepsis Competence Network (SepNet)



Brunkhorst et al. Crit Care Med 2008

**Implementation strategies involving all intensive care unit staff are needed to overcome this gap between current evidence-based knowledge, practice, and perception.**

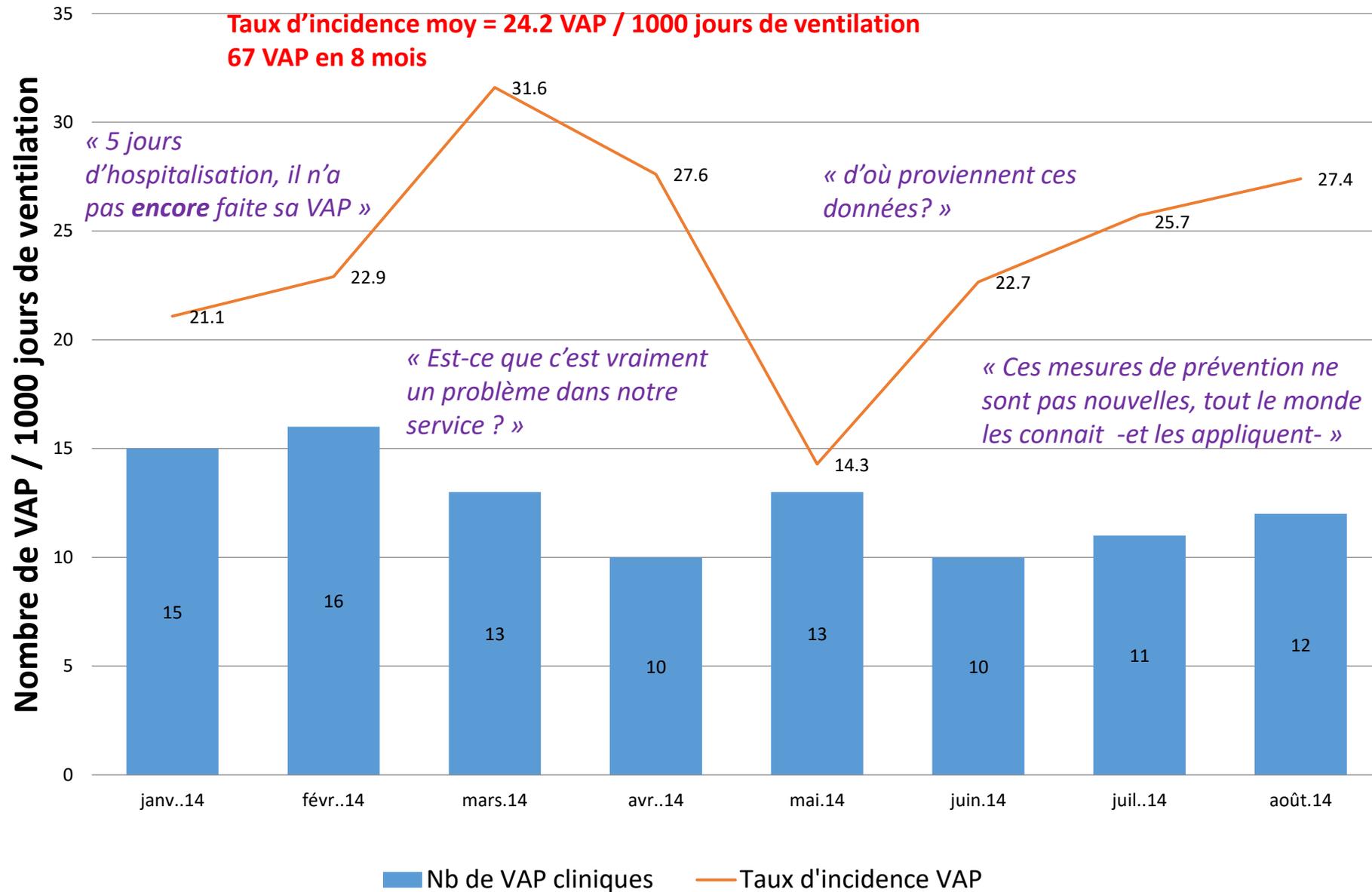
# GeNoVAP

Stratégie multimodale de prévention des  
Pneumopathies Associées à la Ventilation Mécanique (VAP)

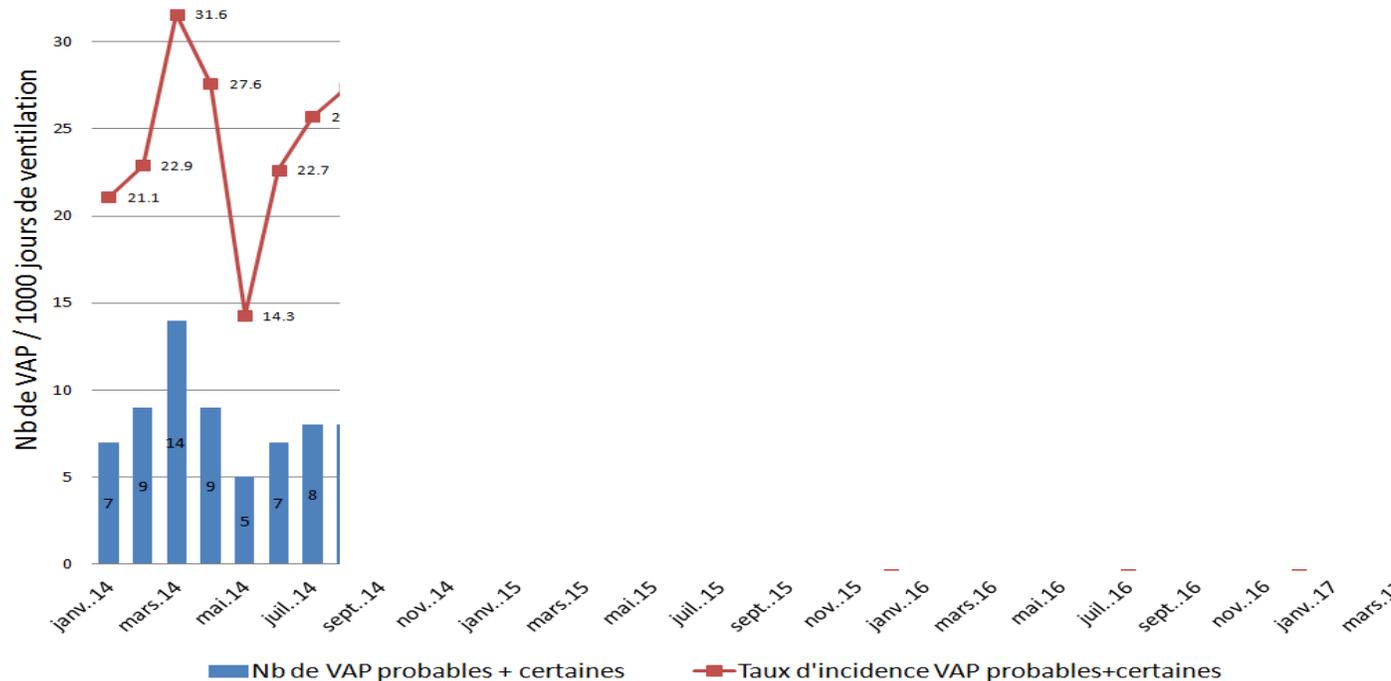
-Projet qualité SIA-

Soins Intensifs adultes, HUG

# Phase d'observation : Janvier 2014 – Septembre 2014



# Phases du projet VAP



Cible <10

# Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: results from a systematic review of qualitative studies

Domain	Themes	Percent of Studies Referencing Themes, by Definition of Low Performance <sup>1</sup>			Total, <sup>2</sup> n=30
		Overall, n=4	Composite, n=12	Disease Specific, n=14	
Poor Organizational Culture	Limited Ownership & Involvement	4 (100%)	11 (92%)	12 (86%)	27 (90%)
	Not Collaborative	3 (75%)	8 (67%)	10 (71%)	21 (70%)
	Hierarchical	3 (75%)	7 (58%)	7 (50%)	17 (57%)
	Disconnected Leadership	4 (100%)	7 (58%)	5 (36%)	16 (53%)
Inadequate Infrastructure	Minimal Quality Improvement Systems	2 (50%)	8 (67%)	10 (71%)	20 (67%)
	Insufficient Staffing and High Turnover	3 (75%)	7 (58%)	8 (57%)	18 (60%)
	Underdeveloped Information Technology	3 (75%)	8 (67%)	6 (43%)	17 (57%)
	Lack of Resources	2 (50%)	6 (50%)	7 (50%)	15 (50%)
Lack of Cohesive Mission and Vision	Conflicting Missions	1 (25%)	6 (50%)	5 (36%)	12 (40%)
	Externally Motivated Vision	1 (25%)	5 (42%)	3 (21%)	9 (30%)
	Poorly Defined Goals	2 (50%)	2 (17%)	2 (14%)	6 (20%)
	Vision of Mediocrity	0	1 (8%)	4 (29%)	5 (17%)
System Shocks	C-suite (or Senior Leadership) Turnover	2 (50%)	5 (42%)	1 (7%)	8 (27%)
	Financial Failure or Severe Difficulties	1 (25%)	1 (8%)	2 (14%)	4 (13%)
	Mergers (or Reorganization)	3 (75%)	1 (8%)	0	4 (13%)
	New Electronic Health Records	2 (50%)	1 (8%)	1 (7%)	4 (13%)
	Major Scandals (Public Relations Difficulties)	1 (25%)	0	0	1 (3%)
Dysfunctional External Relationships	Limited Collaboration with Other Hospitals	2 (50%)	2 (17%)	1 (7%)	5 (17%)
	Antagonism with Stakeholders	3 (75%)	1 (8%)	0	4 (13%)
	Strained Relationships with Governing Body	1 (25%)	1 (8%)	0	2 (7%)

# CHANGEMENTS AU NIVEAU DES DIRECTIONS

- ▶ Nouveau directeur générale en 2013
- ▶ Nouveau directeur médical en 2014
- ▶ Nouvelle directrice des soins en 2016
- ▶ Plan stratégique 2015-2020
- ▶ Création d'une commission qualité sécurité en 2016

30.11.2018



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

# COMPOSITION DE LA COMMISSION QUALITÉ - SÉCURITÉ

<i>Co-présidents</i>	- le Directeur médical	<a href="#">Pr Arnaud PERRIER</a>
	- la Directrice des soins	<a href="#">Mme Sandra MERKLI</a>
<i>Représentants des directions</i>	- un(e) représentant(e) de la direction des finances	<a href="#">M. Philippe GARNERIN</a>
	- un(e) représentant(e) de la direction des opérations	<a href="#">Mme Eugénia BONNAIRE</a>
	- un(e) représentant(e) de la direction des ressources humaines	<a href="#">Mme Françoise L'EPÉE</a>
	- un(e) représentant(e) de la direction des systèmes d'information	<a href="#">M. Jean-François PRADEAU</a>
	- un(e) représentant(e) du département d'exploitation	<a href="#">Mme Fabienne CHENEVEZ</a>
	- un(e) représentant(e) de la direction des projets et processus	<a href="#">Mme Elodie CARDONA</a>
<i>Représentants des départements médicaux</i>	- un(e) chef(fe) de département médical	<a href="#">Pr Martin TRAMÈR</a>
	- un(e) responsable des soins d'un département médical	<a href="#">Mme Myriam VAUCHER</a>
	- un Quality Officer d'un département médical	<a href="#">Mme Valérie BERNHARD</a>
	- un(e) adjoint(e) du responsable des soins d'un département médical	<a href="#">Mme Annie-Claude PAUBEL</a>
	- un(e) chef(fe) de service d'un département médical	<a href="#">Pr Serge FERRARI</a>
<i>Autres représentants</i>	- un(e) représentant(e) du secteur recherche et qualité	<a href="#">Mme Anne-Claire RAE</a>
	- un(e) représentant(e) des administrateurs	<a href="#">M. Giuseppe UNGARO</a>
	- un(e) représentant(e) du service qualité des soins	<a href="#">Pr Pierre CHOPARD</a>
	- un(e) représentant(e) du centre de l'innovation	<a href="#">Pr Antoine GEISSBUHLER</a>
	- un(e) représentant(e) de la pharmacie	<a href="#">Pr Pascal BONNABRY</a>

# Activités

- Fixer les priorités en termes de développement d'indicateurs en fonction des besoins identifiés et des axes stratégiques institutionnels.
- Suivre les indicateurs qualité-sécurité.
- Analyser les rapports des vigilances, les rapports départementaux des groupes incidents, les rapports d'EIG et la cartographie des risques.
- Informer le Comité de direction quant à l'atteinte des objectifs qualité-sécurité et proposer au besoin de nouvelles stratégies d'amélioration.
- Formaliser une partie ayant trait à la qualité lors des séances de reporting conduites par le Comité de direction avec chaque département.
- Proposer des programmes de formation qualité-sécurité en fonction des besoins identifiés.

# Fonctionnement

- La commission se réunit 10 fois par an.
- Le secrétariat de la commission est assuré par le service qualité des soins.
- Les procès-verbaux des séances sont diffusés au Comité de direction, aux directions représentées dans la commission, aux comités de gestion des départements, aux Quality Officers, aux chefs de services.
- La commission établit un rapport d'activité annuel pour le Comité de direction, également adressé aux mêmes destinataires que les PV.

# Compétences

- La commission coordonne, surveille et décide de la mise en œuvre des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs qualité-sécurité



## No More Driving Blind



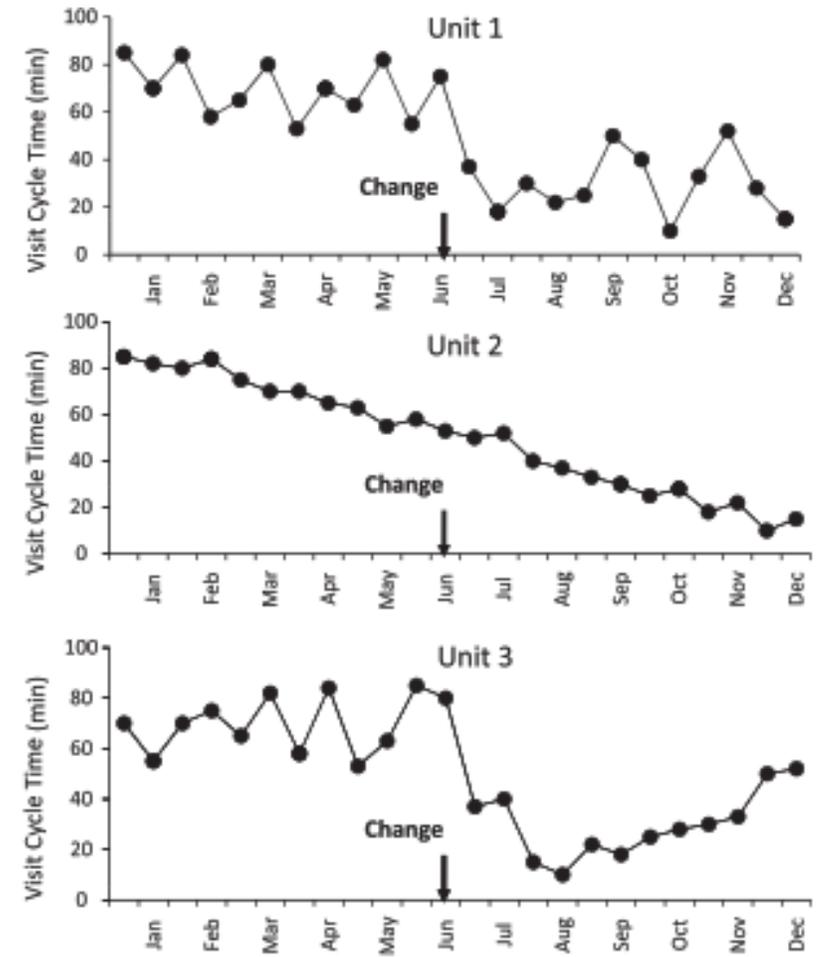
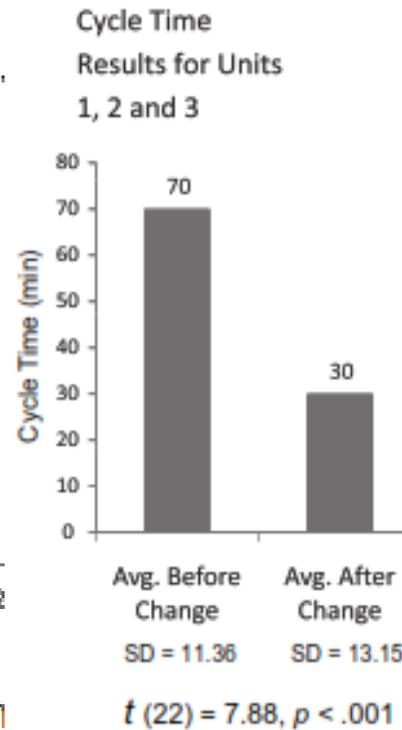
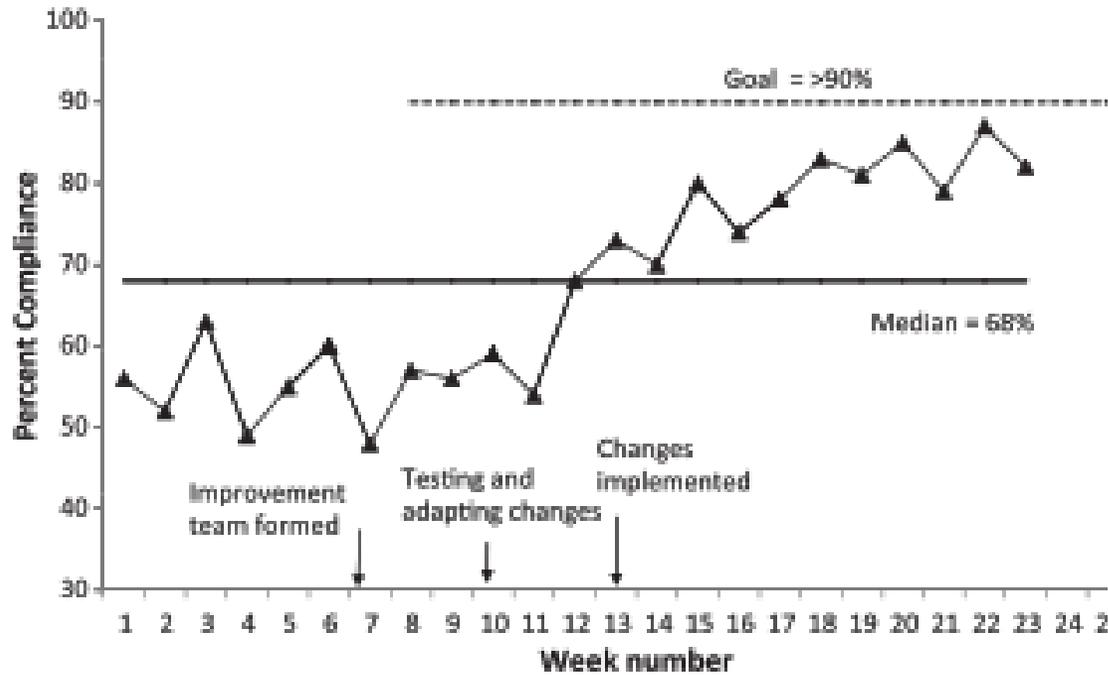
We have to stop thinking in terms of **“In my experience”** and need to move to **“In my measured experience”**

# TABLEAU DE BORD

- ▶ Tableau de bord institutionnel :
  - ▶ Principalement financier : budget et activité
  - ▶ Qualité : rapports d'indicateurs nationaux
    - ▶ Produits avec un décalage de 2 ans
    - ▶ Résultats aux niveaux de tout les HUG
    - ▶ Données agrégées

# The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes

Rocco J Perla,<sup>1</sup> Lloyd P Provost,<sup>2</sup> Sandy K Murray<sup>3</sup>



**Figure 1** Example of a run chart demonstrating compliance with a standard procedure.

**Figure 2** Summary statistics versus time-ordered data. (Each unit has the same 24 data values ordered differently over time.)

# TABLEAU DE BORD D'INDICATEURS CLINIQUES

- ▶ Indicateurs nationaux mais actionnables:
  - ▶ Au plus prêt de l'activité tout en reproduisant l'ajustement nécessaire
  - ▶ Possibilité de descendre au niveau unité, liste des patients et lien vers DPI
  - ▶ Plusieurs démentions d'analyses adaptées à l'indicateur
- ▶ Indicateurs Internes transversaux
- ▶ Indicateurs spécifiques (département ou service ou pathologie)

Année	Trim.	Mois	Sem.	Période
2018				2012
2017				
2016				
2015				
2014				
2013				

MDC	<input type="checkbox"/>
DRG	<input type="checkbox"/>
Diagnostic	<input type="checkbox"/>
CHOP	<input type="checkbox"/>

Structure	Département	Service	Unité		
Département 10		SRV-SMI			
		UNT-CURABI			
		UNT-MMO			
		13			
		147			
DPT-APSI		SRV-ANESTH			
		SRV-SI			
DPT-CHIR		SRV-CHCAR			
		SRV-CHORT			
		SRV-CHPLAS			
		SRV-CHTHO			
		SRV-CHTRAN			
		SRV-CHURO			
		SRV-CHVISC			
		SRV-MAXFAC			
		UNT-CHMAIN			
		UNT-MPH			
		43900			
		DPT-GYOB		SRV-GYNECO	
				SRV-OBST	
SRV-MEDPE					
SRV-MONTAN					
		SRV-POMED			

Ajouter des informations

- Mnémo département
- Mnémo service
- Mnémo unité

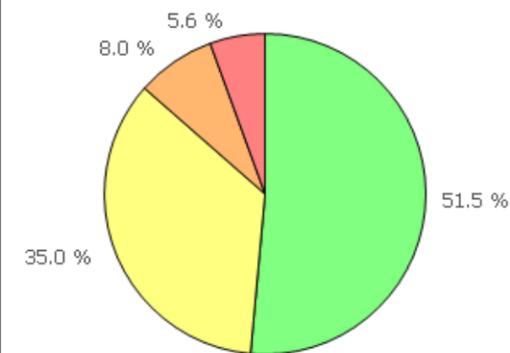
Synthèse sur le périmètre sélectionné

Départemen	Nombre Braden < 48h	Nombre d'entrées	Taux de détection
	<b>21002</b>	<b>26389</b>	<b>79.6%</b>
10	1862	2599	71.6%
DPT-CHIR	5416	6374	85.0%
DPT-MECO	183	1128	16.2%
DPT-MIRG	9172	10668	86.0%
DPT-NEUCLI	1841	2615	70.4%
DPT-ONCO	316	461	68.5%
DPT-READMP	1788	1998	89.5%
DPT-SMPYS	424	546	77.7%

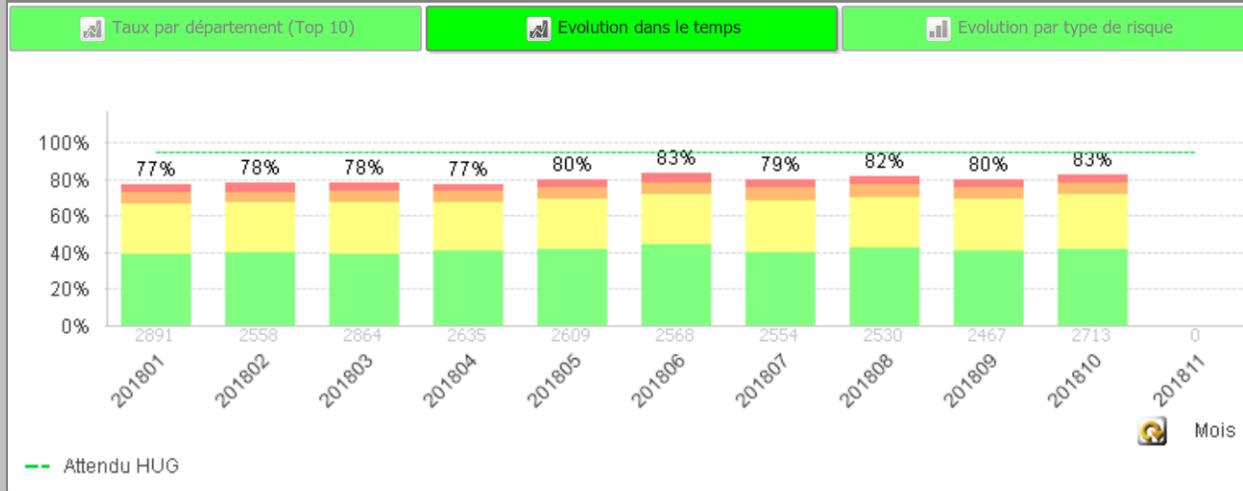
Synthèse scores documentés < 48h

Braden ?	Nombre
	<b>26389</b>
Oui	21002
Non	5387

Par type de risque



Synthèse graphique



Taux de détection global



**Sélections actives** Efface tout

ANNEE  2018, 2017, 2016  
MNEMO\_DEPT  DPT-MIRG

**Calendrier** Effacer cal.

Année Trim. Mois Sem. Période

2018 2012  
2017  
2016  
2015  
2014  
2013

**Diagnostic**

MDC   
DRG   
Diagnostic   
CHOP

**Structure organisationnelle**

Structure Département Service Unité

Département **DPT-MIRG**

Service

- SRV-GERIA
- SRV-JOLIMT
- SRV-MIG
- SRV-MIR3C
- SRV-SMIRBS
- UNT-AIGE3C
- UNT-AIMI3C
- UNT-JMPALL
- UNT-JMRAUT
- UNT-JMRCAR
- UNT-JMRGER
- UNT-JMRMED
- UNT-JMRMUS
- UNT-JMRNEU
- UNT-JMRONC
- UNT-JMRPUL
- 41100

Ajouter des informations

- Mnémo département
- Mnémo service
- Mnémo unité

Synthèse sur le périmètre sélectionné

Département	Service	Nombre Braden < 48h	Nombre d'entrées	Taux de détection
		<b>25603</b>	<b>35771</b>	<b>71.6%</b>
DPT-MIRG	SRV-GERIA	4561	5442	83.8%
DPT-MIRG	SRV-JOLIMT	1579	2334	67.7%
DPT-MIRG	SRV-MIG	9592	15937	60.2%
DPT-MIRG	SRV-MIR3C	6137	7245	84.7%
DPT-MIRG	SRV-SMIRBS	3734	4813	77.6%

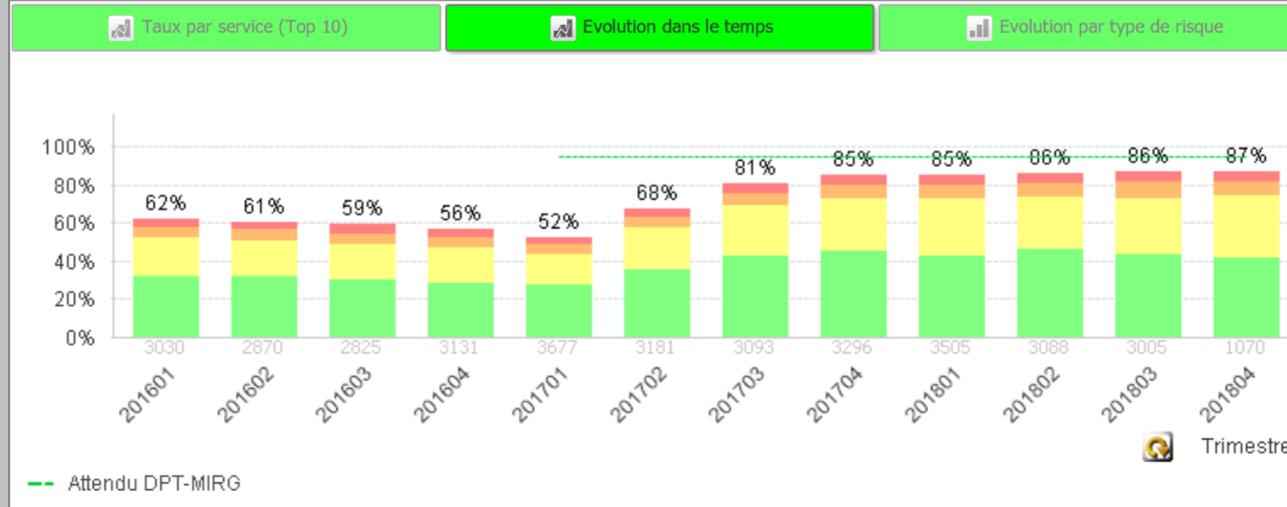
Synthèse scores documentés < 48h

Braden ?	Nombre
Oui	25603
Non	10168

Par type de risque

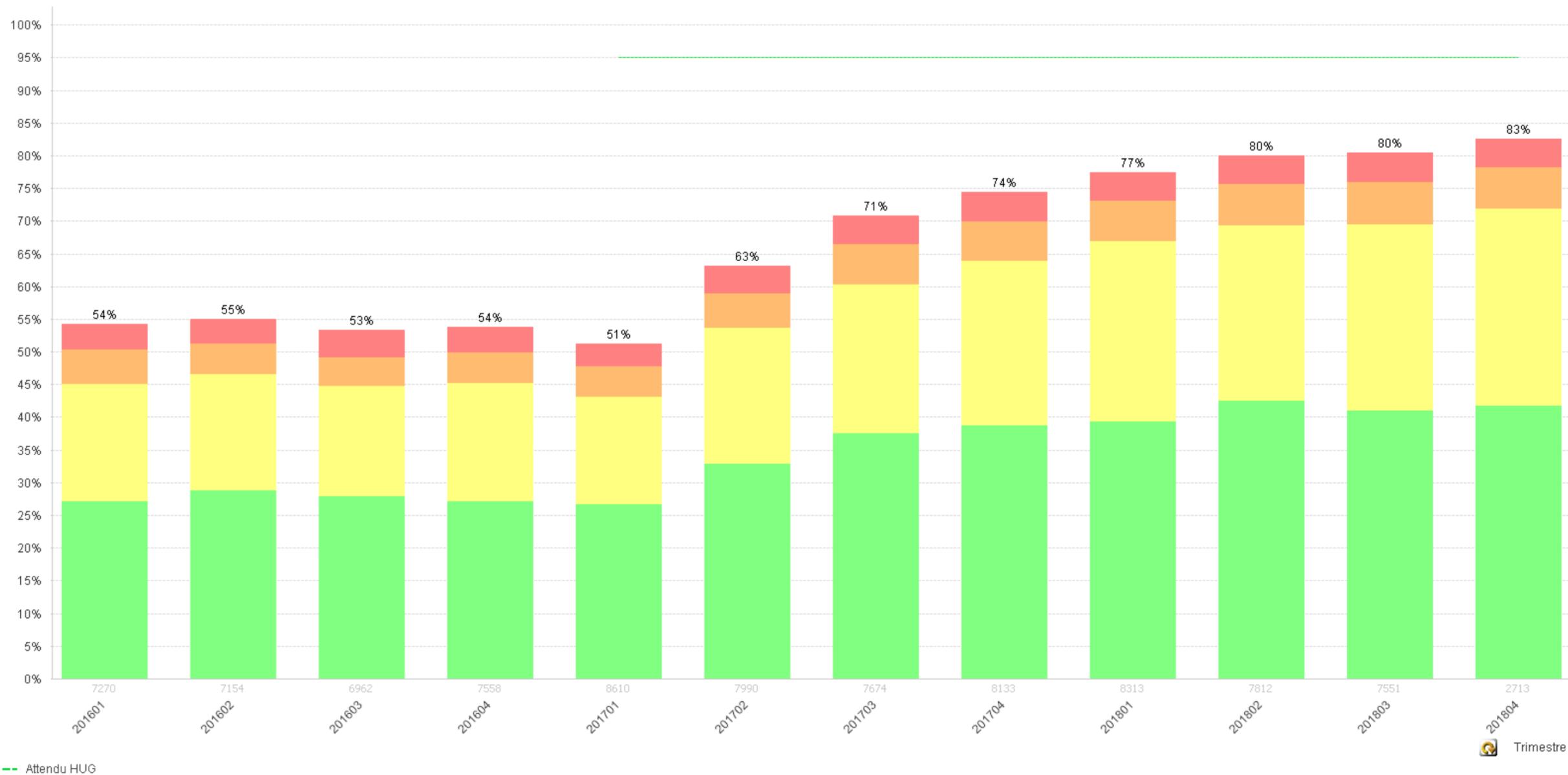
Groupe de scores	Pourcentage
19 et plus : pas de risques	51.5 %
15 à 18 : risques faibles	33.1 %
13 et 14 : risques modérés	9.0 %
12 et moins : risques élevés	6.5 %

Synthèse graphique

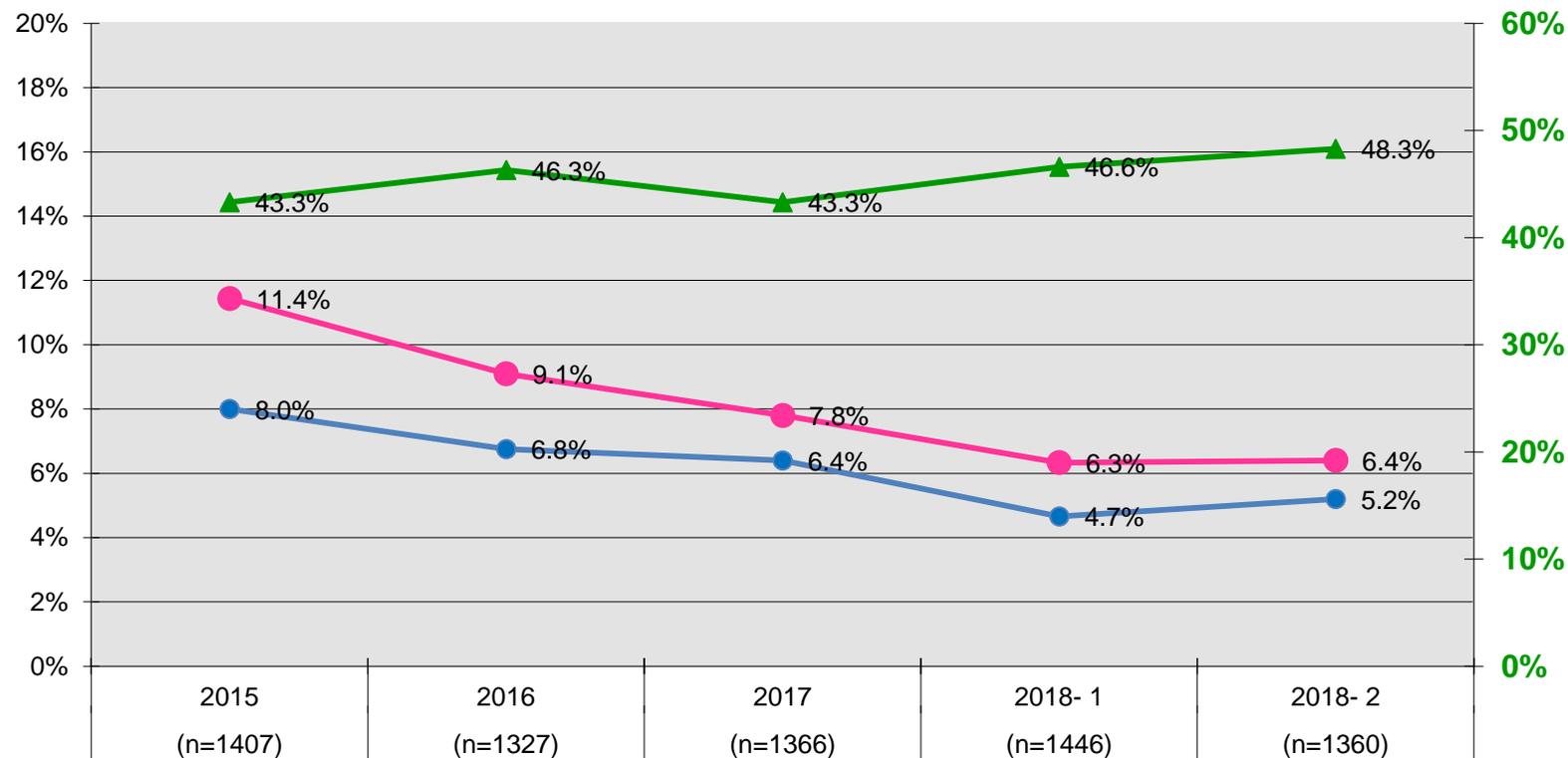


Taux de détection global





## Evolution des taux de patients porteurs d'escarre et de patients porteurs de risque 2015-2018



▲ taux de porteurs de risque Braden

● taux de porteurs d'escarre

● taux de porteurs d'escarre nosocomiale

# Projet Management par la qualité

## **Projet DynamO**

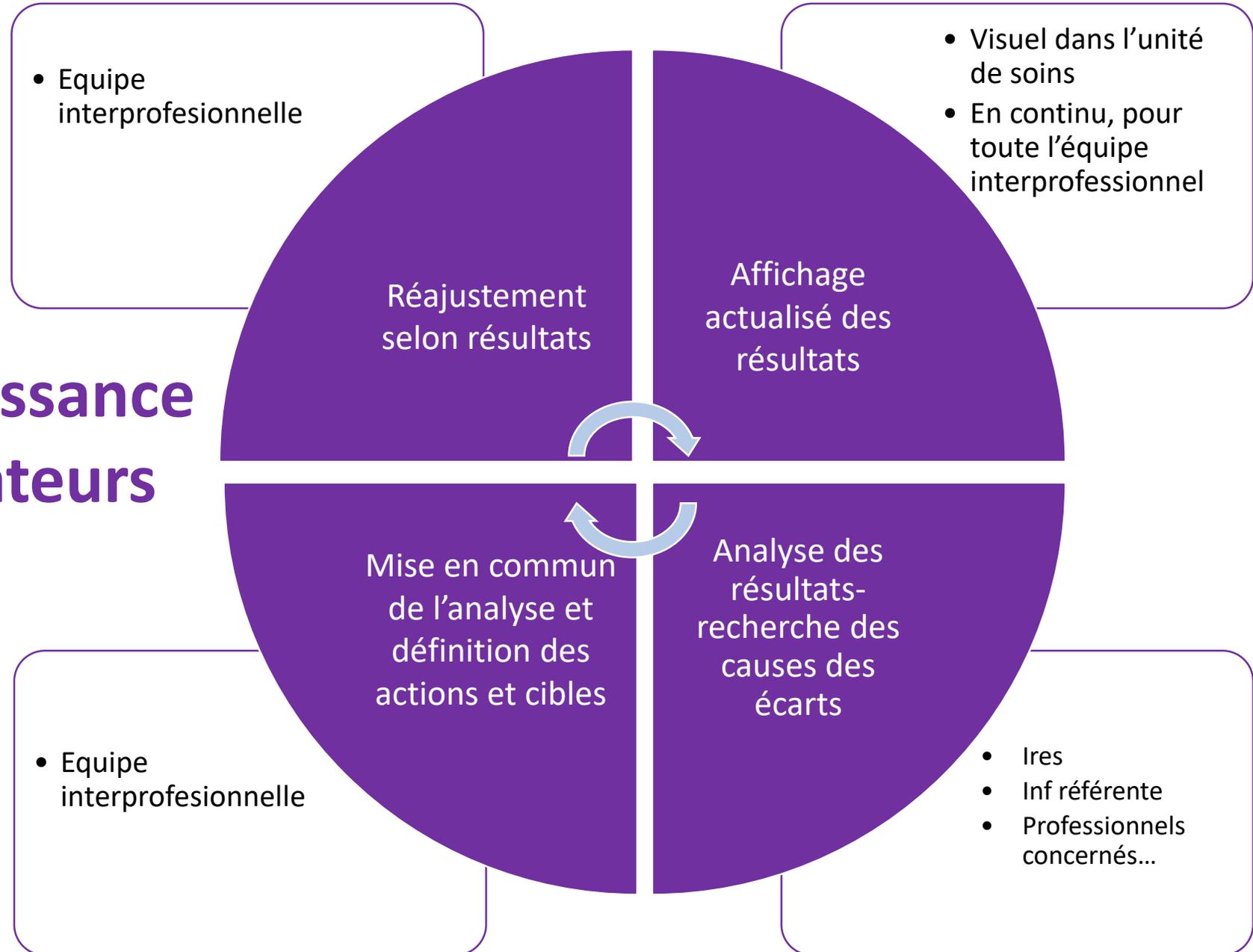
### **Dynamique Operationnelle**



# Objectif:

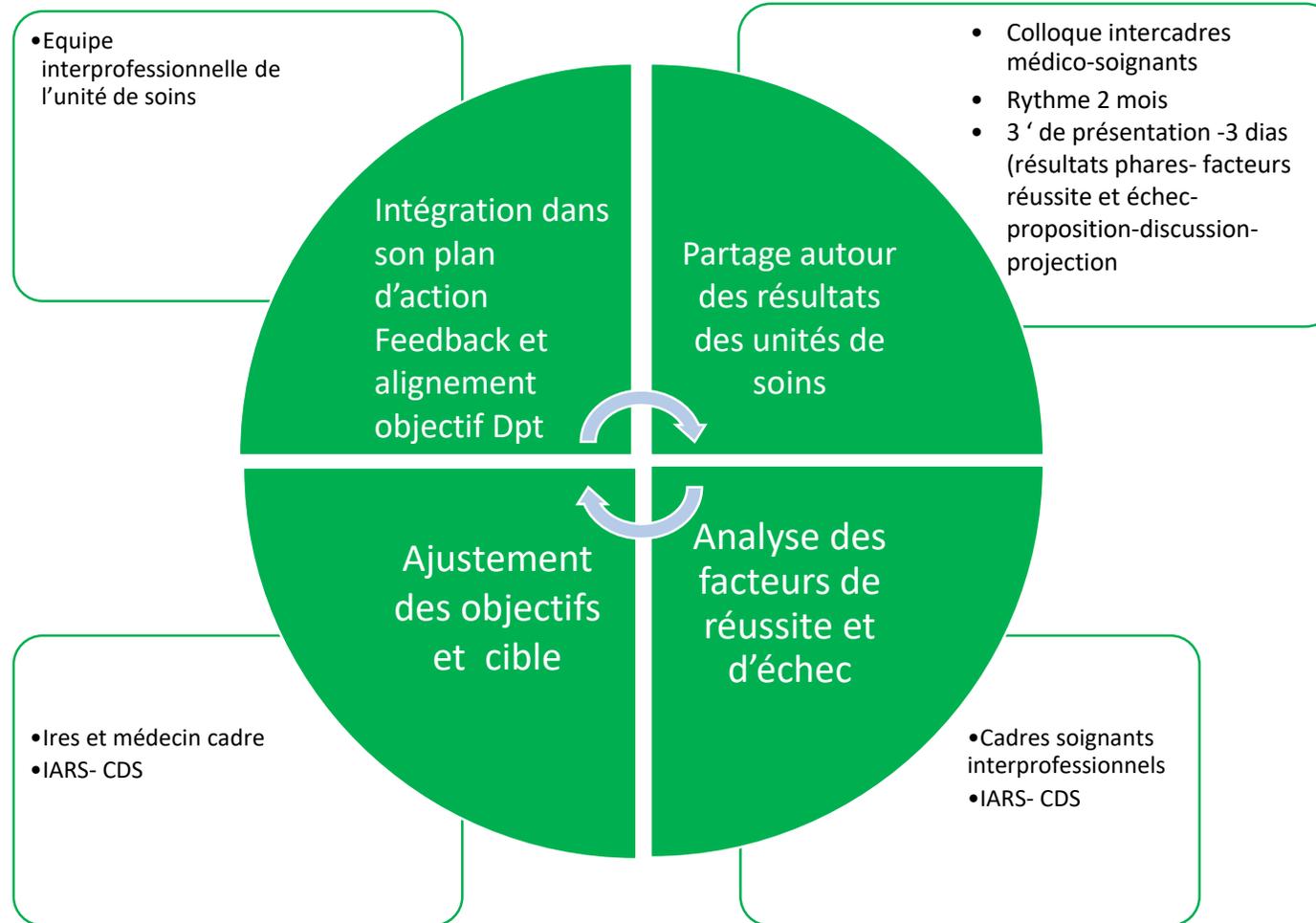
- Développer un concept opérationnel du management par la qualité impliquant les niveaux département, service et unités de soins et intégrant la dimension interprofessionnelle



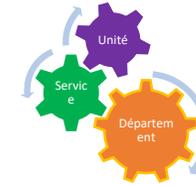
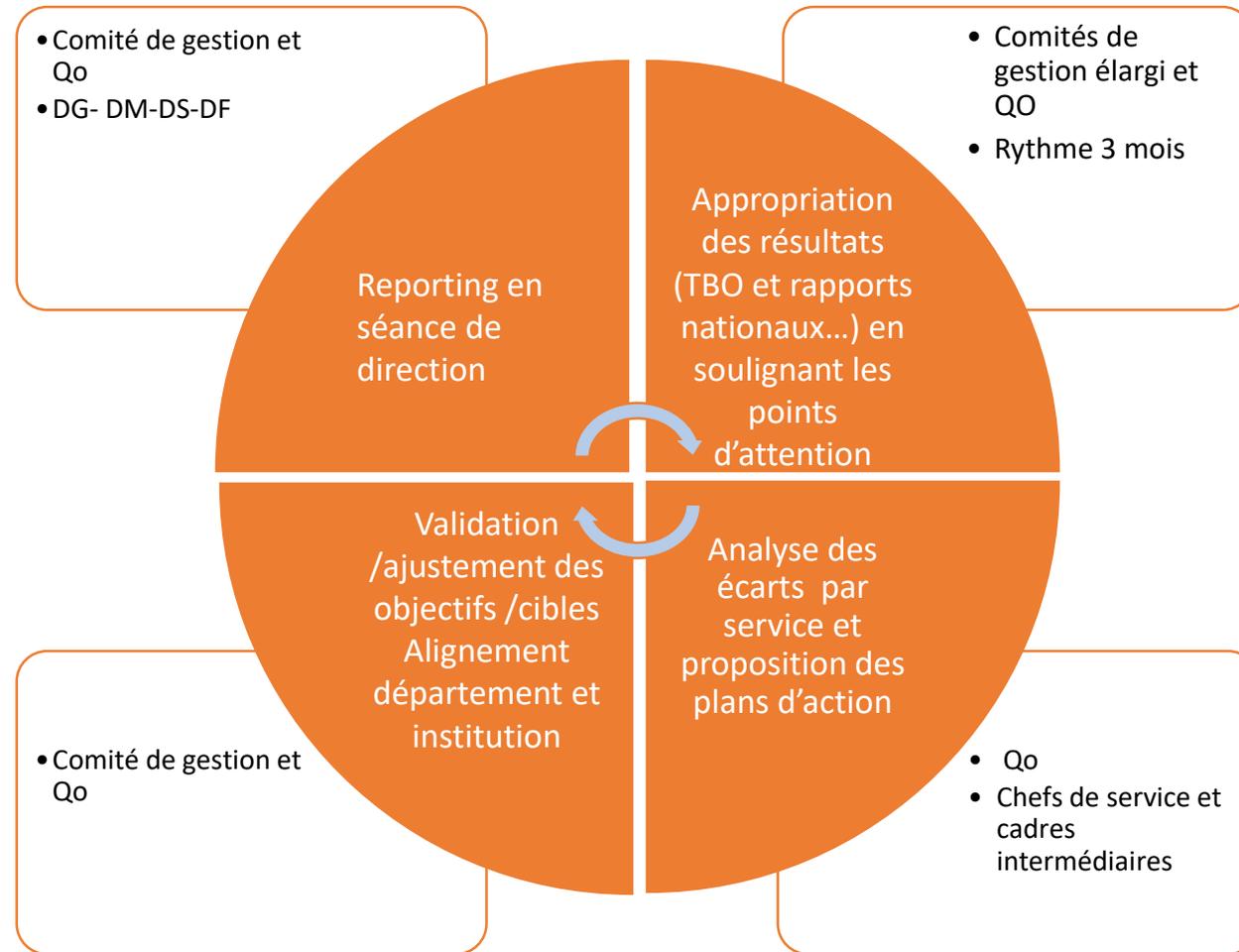


# Prenez connaissance de vos indicateurs Qualité

## Dans le service



## Dans le département



# Calendrier - ressources

Présentation Projet en colloque M-S

1. Visuel: 2 réunions de 90 minutes

V1 juin –juillet

V2 septembre

2. Implémentation dans les unités:

Réunion de lancement dans les unités: 30 minutes -

Réunions de suivi dans les unités : 10 minutes / 2 à 4 semaines

3. Revue service :

Réunions cadres  
médico-infirmiers

Réunions cadres médico-  
infirmiers

Réunions cadres  
médico-infirmiers

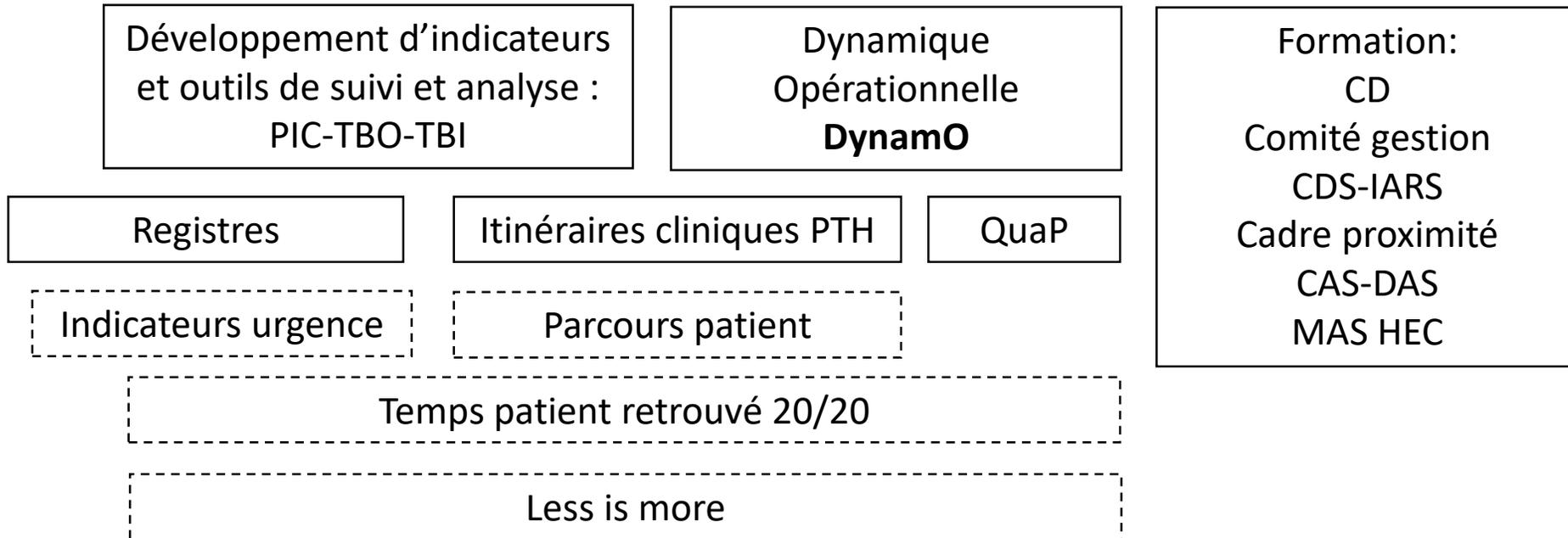
4. Lien département

Comité de gestion 15 ‘

Comité de gestion 15 ‘

Comité de gestion 15 ‘

# Approche GLOBALE



# PROGRAMME DE MANAGEMENT PAR LA QUALITÉ

## ▶ EPATE

- ▶ Engagement pour le **P**atient vers l'**E**xcellence

Une vision globale pour une synergie optimale

Objectivité  
Implication  
visuel  
Mesure  
Cohérence  
Dynamique  
Qualité Excellence  
Management  
Synergie  
Interprofessionnalité

# GOVERNANCE «QUALITÉ» RENFORCÉE

- Central: commission qualité-sécurité
- Départemental:
  - ✓ Formation des comités de gestion
  - ✓ Indicateurs qualité départementaux
  - ✓ Séances de reporting avec le CD intégrant une partie qualité-sécurité
  - ✓ Quality Officers
- Services:
  - ✓ Formation des chefs de service et IARS
  - ✓ Indicateurs qualité
  - ✓ Groupes incidents
  - ✓ Autres collaborateurs «ressources»
- Projets transversaux dans le cadre des projets stratégiques
- Formation continue des collaborateurs

# FORMATION CAS - DAS



**DAS** | Diplôme de formation continue

**Qualité et sécurité des soins:**  
**dimensions managériales**

*Unil*  
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE  
Faculté de biologie  
et de médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

Août à octobre  
N+1



**CAS** | Certificat de formation continue  
Certificate of Advanced Studies

**Qualité et sécurité des soins:**  
**dimensions opérationnelles**

*Unil*  
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE  
Faculté de biologie  
et de médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

Janvier  
à juin

«Je ne perds jamais, soit je gagne, soit j'apprends»  
Nelson Mandela

QUESTIONS-DISCUSSION