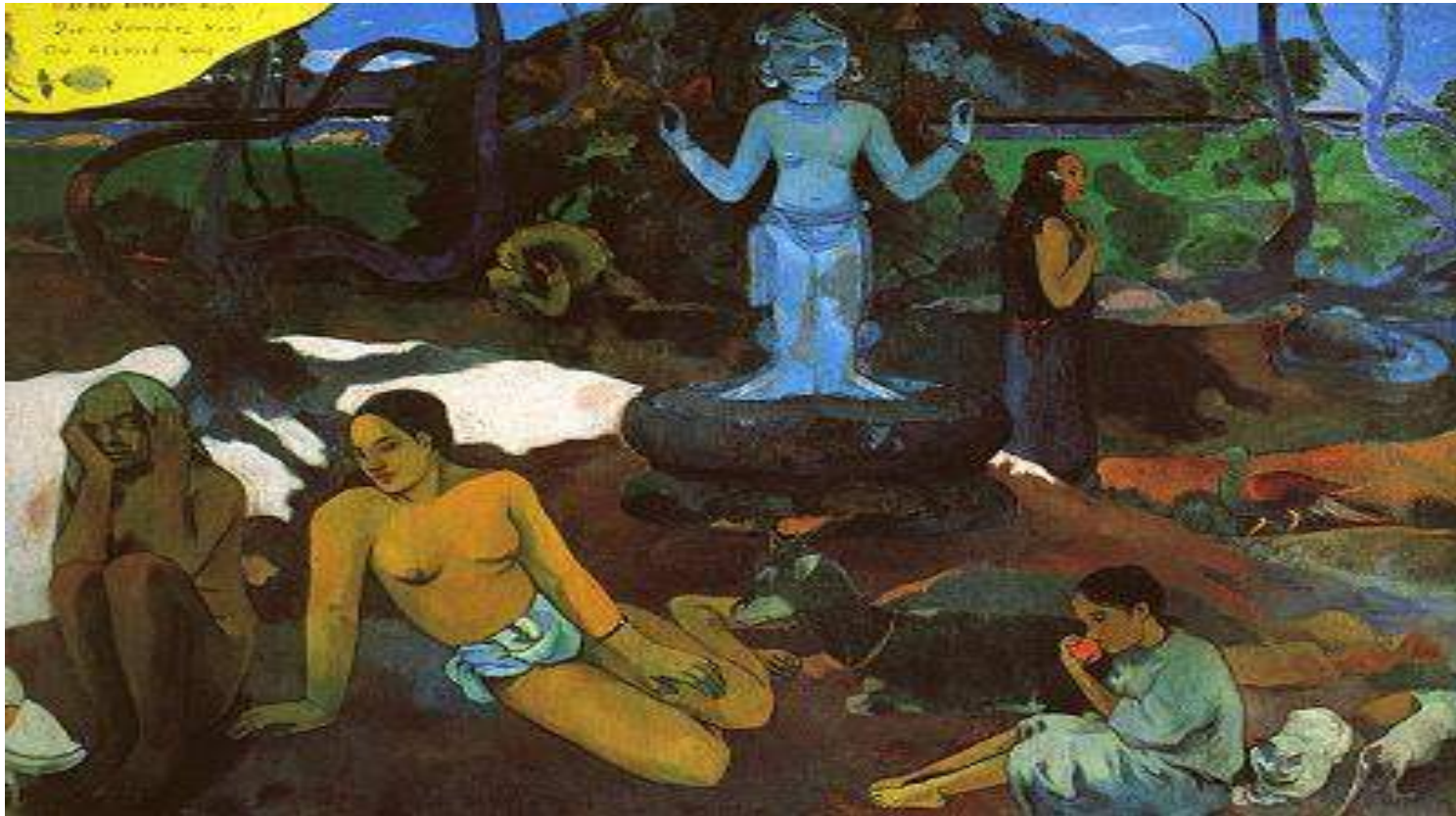


# Introduction du BSC dans un environnement hospitalo-universitaire



**« D'où venons-nous? Que sommes-nous? Où allons-nous? »**

**Paul Gauguin**

# Le CHUV en bref : Activité

<b>Nombre de lits</b>	<b>1 240</b>
<b>Nombre de patients hospitalisés</b>	<b>36 800</b>
<b>Journées d'hospitalisation</b>	<b>428 000</b>
<b>Taux d'occupation moyen des lits</b>	<b>88 %</b>

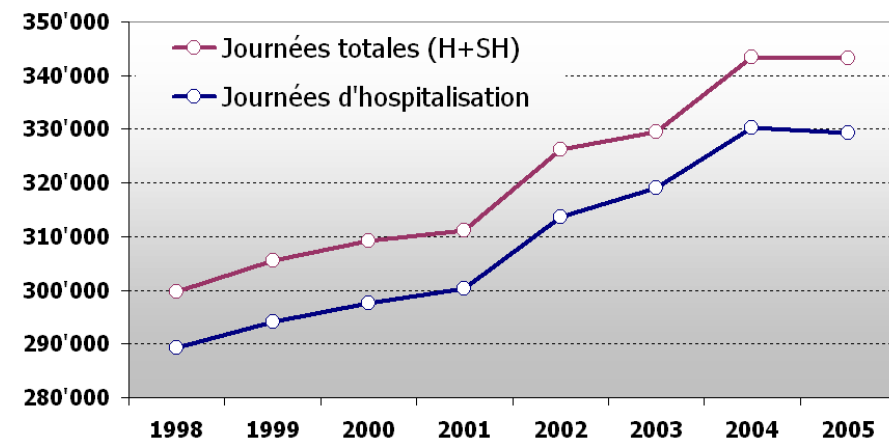


## Durée moyenne de séjour

➤ <b>Activité aiguë somatique</b>	<b>8,8 j.</b>
➤ <b>Activité réadaptation somatique</b>	<b>23,5 j.</b>
➤ <b>Activité psychiatrique</b>	<b>23,8 j.</b>

**Patients traités aux urgences**      **31 100**

**Groupe Hospices: évolution du nombre de journées d'hospitalisation**

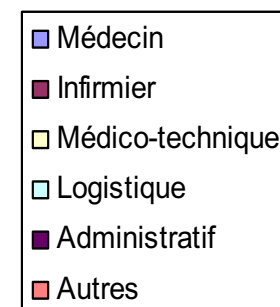
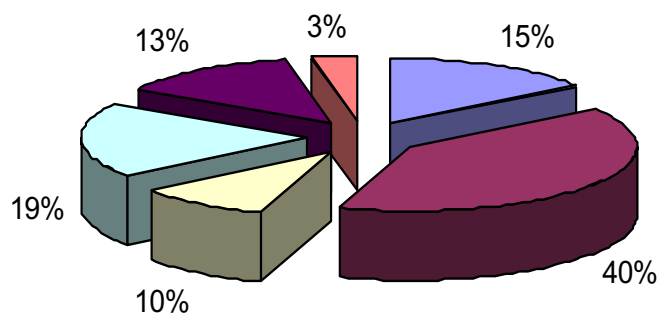


# Le CHUV en bref: le budget et les effectifs

<b>Budget du groupe</b>	<b>FrS 1 milliard (50% Etat, 50% Assureurs)</b>
<b>Charges opérationnelles</b>	<b>FrS 835 millions</b>
<b>Charges d'investissements</b>	<b>FrS 84 millions</b>
<b>Revenus de l'enveloppe</b>	<b>FrS 735 millions</b>
<b>Revenus hors enveloppe</b>	<b>FrS 110 millions</b>
<b>Revenus d'investissement</b>	<b>FrS 79 millions</b>

## POSTES DE TRAVAIL 5 677 EPT

↪ <b>Médecins</b>	<b>872</b>
↪ <b>Infirmières</b>	<b>2 250</b>
↪ <b>Médico-techniques</b>	<b>554</b>
↪ <b>Logistiques</b>	<b>1 066</b>
↪ <b>Administratifs</b>	<b>739</b>
↪ <b>Autres</b>	<b>190</b>



# L'introduction d'un **management stratégique** au sein d'un CHU fait face à des contraintes importantes

1. **Identité institutionnelle faible**
2. **Pouvoir et prise de décision décentralisés / morcelés / flous**
3. **Environnement chaotique et difficilement prévisible**
4. **Activité difficilement mesurable et système d'information lacunaire**
5. **Culture du management peu développée**
6. **Last but not least: absence d'incitatifs clairs (interne + externe)**

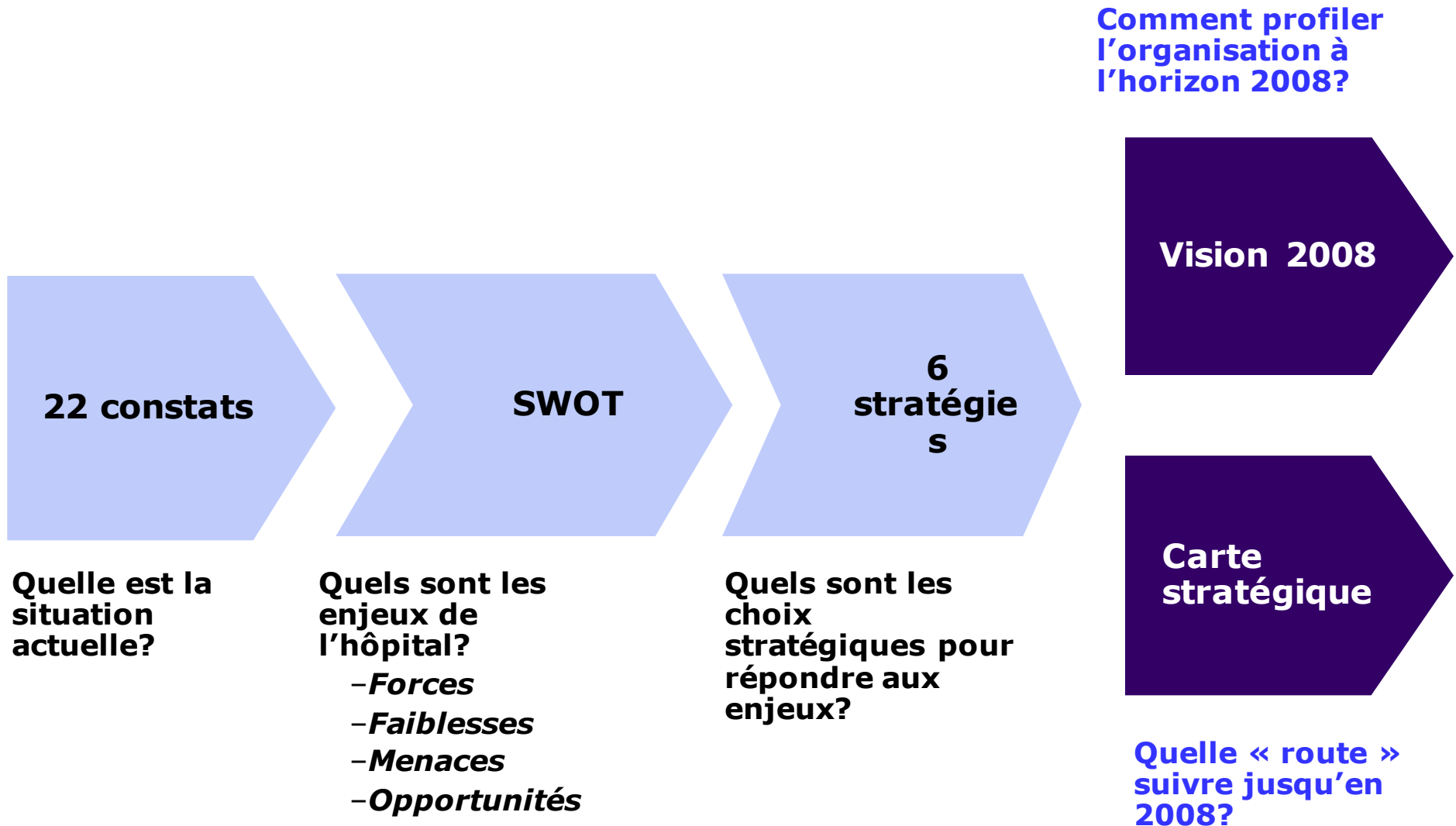
# Le management stratégique au CHUV

- **Mise en œuvre d'un management stratégique aux Hospices/CHUV via l'élaboration et l'implantation du Plan Stratégique 2004-2007**
- **Deux outils :**
  - **Le SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)**
    - ⇒ **utilisé notamment pour l'identification des stratégies**
  - **Le Balanced Scorecard (tableau de bord prospectif)**
    - ⇒ **utilisé pour traduire en objectifs les stratégies et assurer leur mise en oeuvre et suivi**

# **Pourquoi initier une démarche de management stratégique ?**

- **Objectifs principaux du plan stratégique :**
  - 1) **Maîtriser autant que possible l'avenir**
    - **anticiper**
    - **éviter la passivité**
  - 2) **Définir la vision du futur de l'hôpital comme projet fédérateur et mobilisateur pour l'institution (positionnement)**
  - 3) **Renforcer le management de l'institution**
    - **développer une culture de gestion par objectifs**
    - **développer une culture de réflexion à long terme = management stratégique**

# Les stratégies ont été choisies en fonction du SWOT



# Les six stratégies retenues:

1. Concentrer les efforts en médecine de pointe sur un nombre limité de pôles prioritaires de développement



## Pôles Prioritaires

- *Pôle Prioritaire de Développement* : Cardiovasculaire, Oncologie
- *Pôle Prioritaire de Collaboration* : Neurosciences, Transplantations
- *Pôle de développement technologique* : Bioengineering

2. Renforcer la mission universitaire



## Questions transverses

- Recherche
- Formation et plateforme pédagogique

3. Jouer au mieux le rôle d'hôpital de proximité



- Enfants et adolescents
- Personnes âgées
- Santé mentale et psychiatrie communautaire
- Santé communautaire et personnes défavorisées
- Orientation client
- Hôpital Général Universitaire

4. Susciter les collaborations en réseaux de toutes sortes



- Réseaux de collaboration
- Développement institutionnel

5. Motiver et valoriser le développement des professionnels



- Ressources humaines
- Valeurs et pratiques institutionnelles

6. Assurer la viabilité financière de l'institution



- Marché privé
- Plateaux techniques

# Les travaux réalisés ont donc permis de clarifier les stratégies: **Oui...** (1/2)



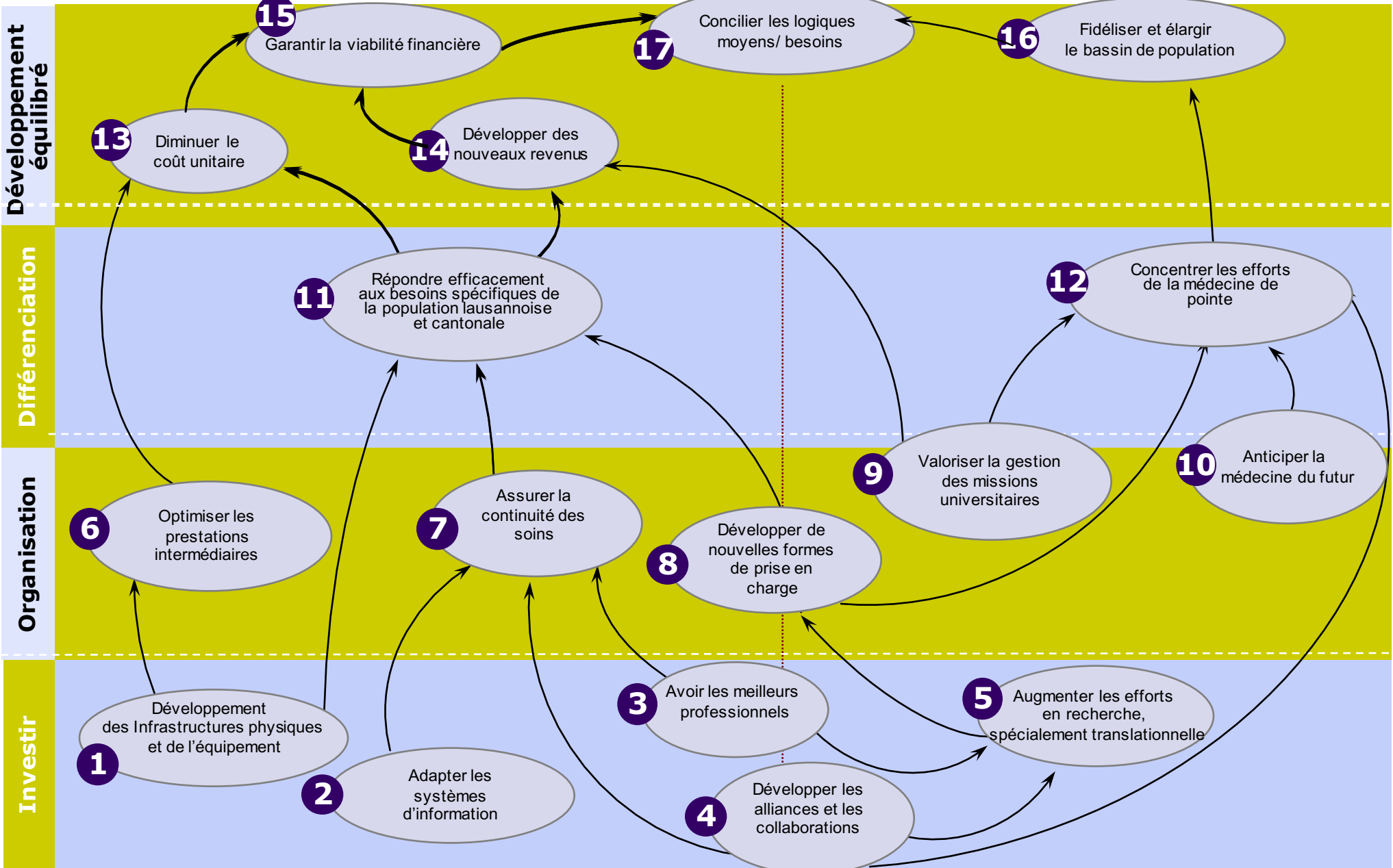
## ... mais: (2/2)

- La traduction des stratégies en autant d'**objectifs stratégiques** qui se déclinent en **indicateurs** a posé de sérieux problèmes
- Une carte BSC a été dressée, mais comment la traduire concrètement ?
- Est-il du reste possible de refléter sur une carte unique la complexité de l'hôpital universitaire et de ses stratégies ?



# HOPITAL GENERAL

# PÔLES



# Un suivi des projets est assuré sous forme d'un tableau de bord



## Cardiovasculaire

- Une étude détaillée a été réalisée en 2004 pour définir le mode de fonctionnement du pôle, ses missions, sa structure, etc.
- CardioMet est officiellement créé en octobre. Les organes ont été définis. Plusieurs projets sont en cours, d'autres suivront.

## Oncologie

• Sur la base de l'accord de collaboration UNIL-CHUV-EPFL du 3.02.04, les réflexions ont principalement porté sur la constitution et l'organisation du futur « Lausanne Clinical and Research Oncology Center » (LCROC). Les postes de directeur et de directeur clinique de ce futur centre sont actuellement au concours.

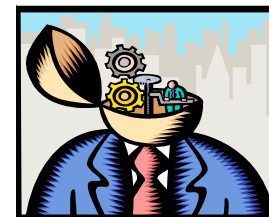
- Trois sous-projets prioritaires ont été lancés : Soins de support oncologiques, Banque de données, élaboration d'une BioBanque.

## Neurosciences

• Un rapport a été réalisé. Les principes présentés dans ce dernier, s'ils reçoivent l'agrément des instances dirigeantes des trois institutions concernées (UNIL-CHUV-EPFL), devront être développés ultérieurement au travers de l'élaboration de modalités d'application. L'examen des propositions est en cours.

Etat d'avancement	Budget 2006
Concept adopté	2'810k
Début de la mise en oeuvre	
Nomination Directeur : Prof Bosman	500k
Nomination dir. Clinique: Prof. S. Leyvraz	
3 projets en cours	
En attente d'un concept	0

# Work in progress:



Révision en cours de nos priorités concernant notre plan stratégique:

- Se concentrer sur l'essentiel et être moins ambitieux
- Réviser la carte stratégique
- Définir des objectifs SMART
- Identifier les indicateurs et les évaluer



# Deux exemples concrets d'indicateurs développés et utilisés

- Ci-après deux exemples d'indicateurs élaborés, développés, stabilisés dans le cadre d'un **suivi de l'environnement** – et non de BSC
- les liens avec les stratégies en cours n'ont, toutefois, pas encore été formalisés
  - Infections nosocomiales
  - Transplantations d'organes

# Surveillance épidémiologique des infections nosocomiales

- a) Taux d'infections nosocomiales lors d'une enquête de prévalence
- b) Cas et taux de MRSA (staphylococcus aureus résistants à la méthicilline)
- c) Nouveaux cas de MRSA identifiés en cours d'hospitalisation
- d) Infections du site opératoire (taux bruts sur un échantillon de cinq interventions: appendicectomies, cholécystectomies, colon, cures de hernie et chirurgie thoracique)
- e) Bactériémies nosocomiales (infections bactériennes détectées dans le sang)
- f) Bactériémies nosocomiales sur cathéter intravasculaire
- g) Opportunités respectées de se désinfecter les mains

# Commentaires

- De nombreuses données d'origines divers (interne, intra-hospitaliers, nationale)
  - Appropriation des données par les « administratifs »
- Données à l'origine « médicales » ou de « qualité »
  - « Shift » vers une logique de gouvernance nécessaire, réticences diverses – *mais dans le cas présent, après explications, très bonne collaboration*
- Suivi dans le temps essentiel
  - Contrôle du périmètre, « réparation » d'erreurs passées...

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	02>05
a) Taux d'infections nosocomiales (en % des patients infectés inclus dans l'enquête)	12.4%	-	-	14.3%	8.2%	9.0%	-	plutôt en baisse
<i>Taux d'infections nosocomiales, enquêtes de prévalence SNIP moyenne hôpitaux &gt; 500 lits excepté CHUV *</i>	<i>11.0%</i>	-	-	<i>10.7%</i>	<i>10.3%</i>	<i>10.8%</i>	-	-
b) Total des cas MRSA (et taux, par millier d'admissions)	-	85 (3.3)	238 (9.1)	236 (8.6)	258 (9.2)	315 (10.8)	251 (8.6)	fluctuant
c) Nouveaux cas MRSA identifiés en cours d'hospitalisation (présomptivement acquis durant le séjour)	59	48	133	106	87	99	52	en baisse
d) Infections du site opératoire (en % des patients infectés inclus dans l'enquête, sur interventions choisies)	10.2%	7.4%	8.8%	8.5%	6.3%	5.5%	5.1%	en baisse
e) Bactériémies nosocomiales (taux, par millier d'admissions)	8.5	11.8	10.2	12.4	13.6	12.4	11.5	en baisse
(taux, par millier de jours d'hospitalisation)	-	1.2	1.1	1.5	1.6	1.5	1.4	en baisse
f) Bactériémies nosocomiales (taux, par millier d'admissions)	-	2.8	2.6	3.5	3.4	2.6	2.4	en baisse
sur infection de cathéter (taux, par millier de jours d'hospitalisation)	-	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3	en baisse

\* Pour 1999, le taux est arrondi, le chiffre réel est en deçà. Celui de 2003 (et 04) est issu de l'étude SNIP laquelle inclus le CHUV, facteur à considérer dans la comparaison  
Les mesures en *italique* sont données à titre de comparaison. Concernant les MRSA (b), le nombre d'admissions antérieures à 2002 sont approximatifs dans le périmètre et ne peuvent être corrigés

- Les taux baissent et comparativement (« benchmarking ») nous pouvons être content 😊
- Les aspects de benchmarking sont plutôt rares, en Suisse, pour des indicateurs relativement complexes
- Exemple (final) jugé satisfaisant par chacun

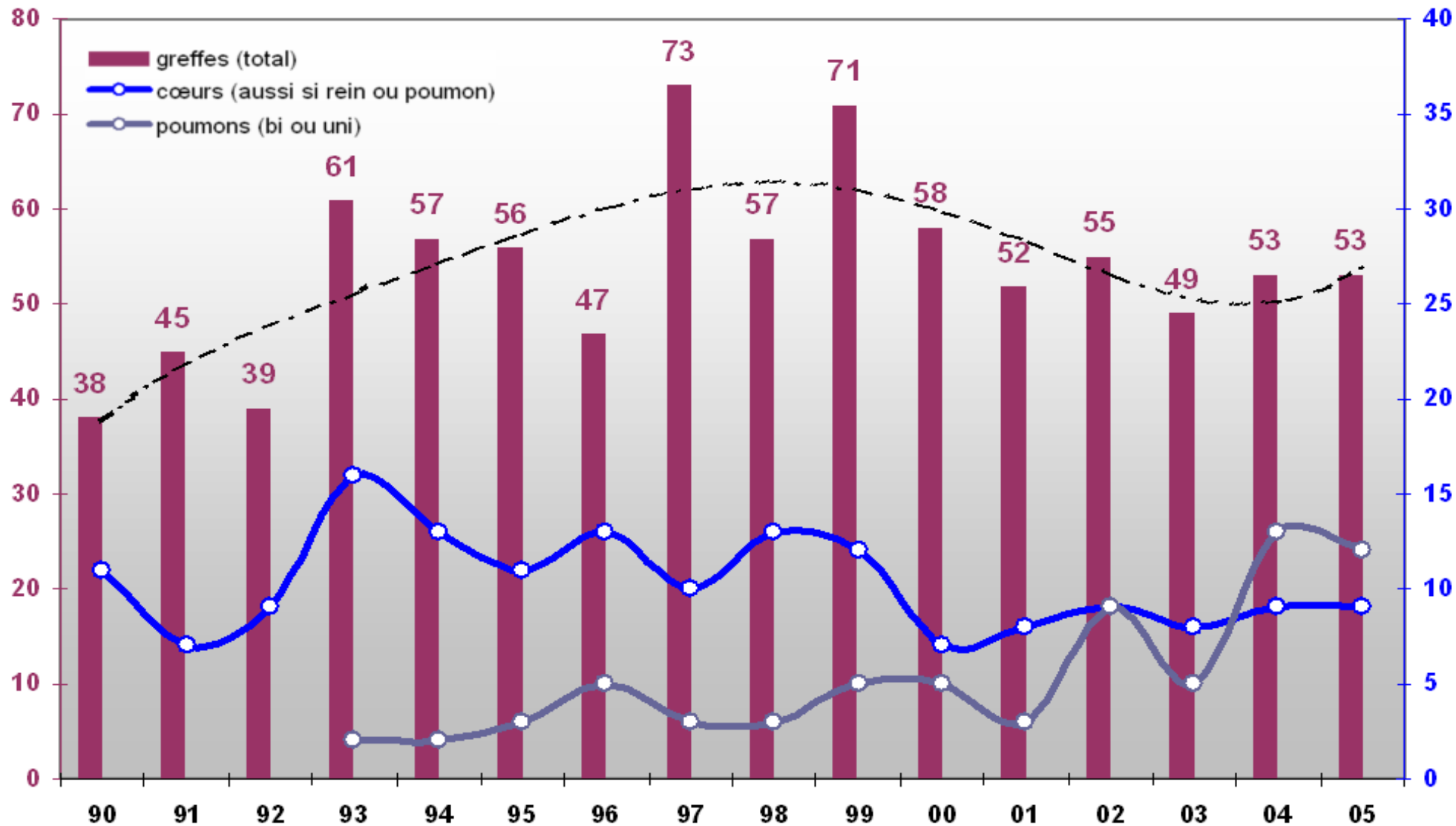
Données synthétisées	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1) Taux de mortalité hospitalière	10,8%	-	-	14,0%	8,2%	9,6%	-	-
2) Taux de mortalité hospitalière pour maladie	7,28%	-	-	10,7%	6,0%	6,8%	-	-
3) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
4) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
5) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
6) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
7) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
8) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
9) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
10) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
11) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
12) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
13) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
14) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
15) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
16) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
17) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
18) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
19) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
20) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
21) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
22) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
23) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
24) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-
25) Taux de mortalité hospitalière pour maladie de pathologie chronique	-	-	-	-	-	-	-	-

- Une telle fiche synthétise et résume (= plus-value) des données recueillies de manière plus ou moins régulière (nous ne sommes pas partis de zéro)
  - La plus-value principale a été de réorganiser l'information afin de la rendre plus utile, plus lisible (la présentation a finalement été adoptée en lieu et place d'autres représentations initiales); de corriger des erreurs, de combler des lacunes, d'adopter une présentation et des chiffres stables (investissement conséquent à la base mais permettant des « coûts marginaux » annuels à venir faibles)
  - Le nombre de chiffres retenus tourne autour de 25 mais difficile à compter; il est beaucoup plus faible que l'ensemble des données produites à un moment ou un autre du processus (p.ex. exclusion de données spécifiques aux soins intensifs)



# Transplantations d'organes

- Médecine hautement spécialisée appelée à se concentrer sur quelques sites suisses
  - Concrètement, en attendant, la ratification de la Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM), la CDS et le groupe des 15 ont favorablement validés, dans un rapport en 2005, la volonté de fédérer un Réseau de transplantation suisse multisite (RTSM) sur le modèle du **Centre Romand de Transplantation** donnant satisfaction depuis 2004 déjà (anciennement le « Réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation Vaud-Genève »)



L'ensemble des greffes entreprises au CHUV est stable, en nombre, sur les cinq dernières années (de même que le nombre de cœurs transplantés, avec ou sans autre organe, donné ici graphiquement à titre d'exemple) ; en particulier, le regroupement VD-GE n'a pas affecté le nombre de greffes au CHUV

# Les greffes au CHUV et en Suisse

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total greffes en Suisse	416	424	412	491	432	427
Total greffes Lausanne	58	52	55	49	53	53
Part Lausanne / Suisse	13.9%	12.3%	13.3%	10.0%	12.3%	12.4%
Part VD-GE / Suisse'	32.7%	33.3%	32.0%	32.0%	30.1%	31.9%

' Chiffres approximatifs

- La proportion des greffes réalisées à Lausanne sur l'ensemble des greffes en Suisse – ou « parts de marché » – se situe au-dessus de 12% (sauf en 2003) et pour le Centre Romand au-delà de 30%
- On notera, à titre d'exemple, que « basé sur les pratiques à l'étranger, un centre de transplantation cardiaque ne se justifie qu'avec un minimum de 15 greffes du cœur par an, ce qu'aucun hôpital suisse ne peut justifier actuellement »

# Les greffes au CHUV et en Suisse

- D'autres mesures sont incluses dans la fiche « indicateur transplantations d'organes »
  - Le nombre de donneurs est stable à Lausanne; les greffes issues de donneurs vivants sont appelées à se développer
  - Le nombre de patients en attente d'une greffe, ou décédés sur liste d'attente, est stable depuis 2002 au moins
- La « Loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules » adoptée en octobre 2004 entrera en vigueur en 2007; la consultation nationale des dispositions d'exécution s'est achevée en mars 2006 et de nombreuses divergences ont été rapportées