

Un modèle intégré de mesure de la performance pour encadrer le processus de soutien à la transition au CUSM

10 avril 2012

Alain Biron

Michel Vézina

Carole St-Hilaire

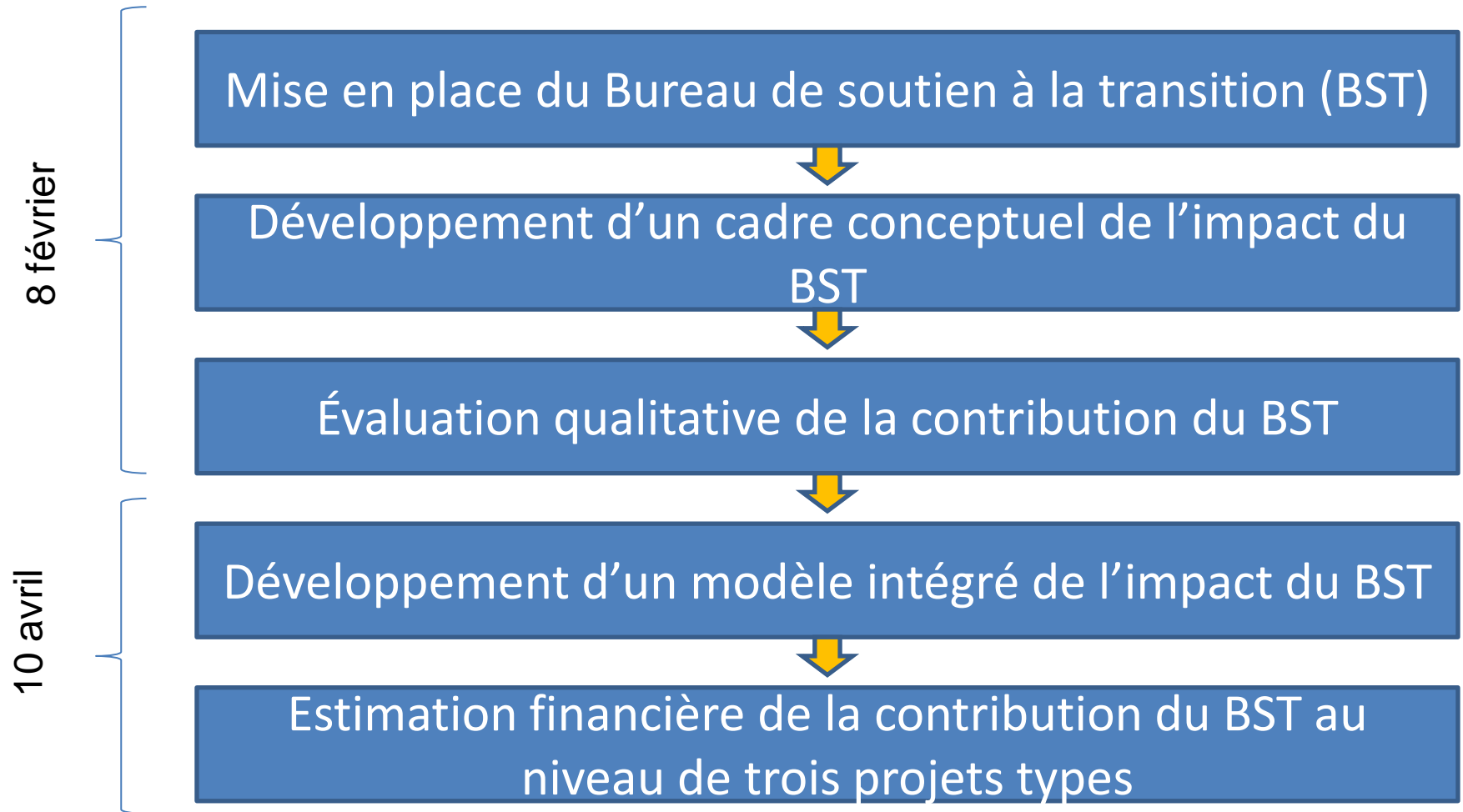
Marie-Claire Richer

Patricia Lefebvre



Canadian Health Services Research **Foundation**
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Contribution du BST à la gestion du changement au sein du CUSM



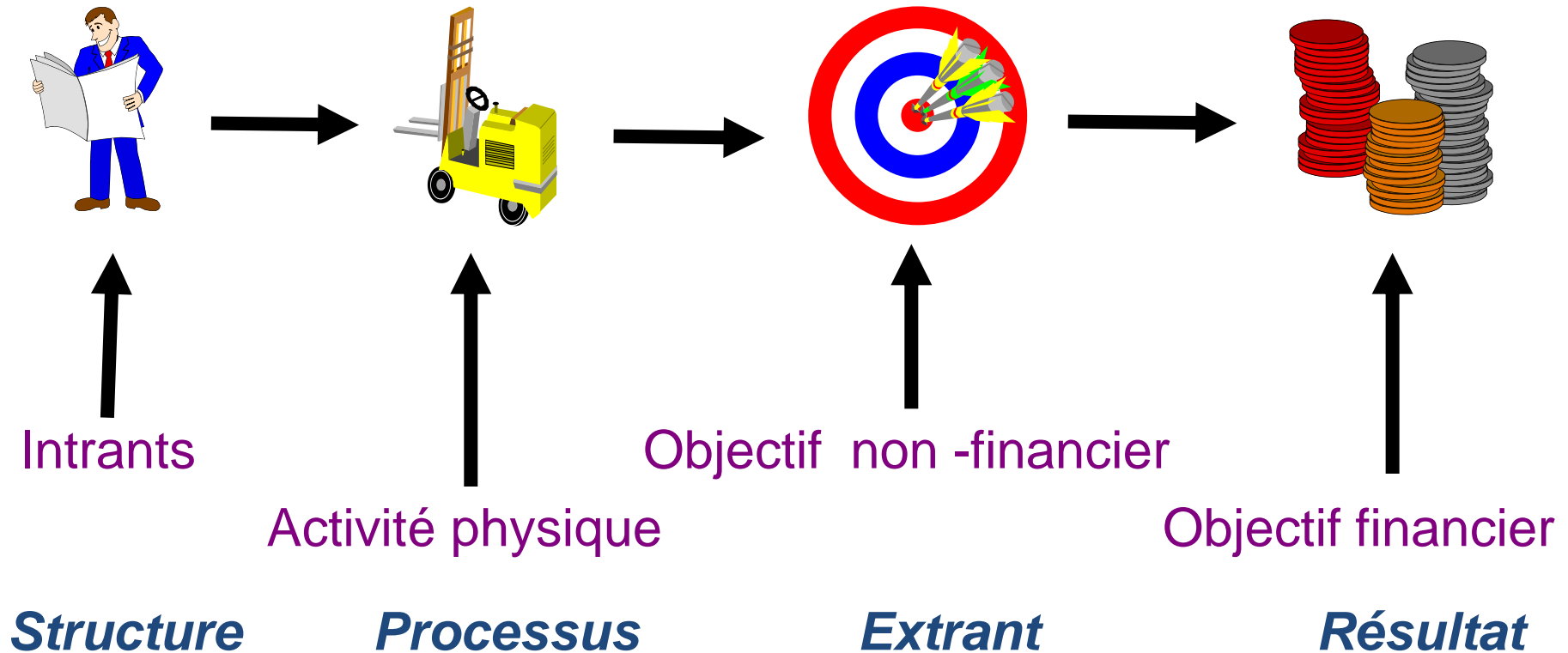
Étapes du projet de recherche action

- Étape 1: Développer un cadre conceptuel
- Étape 2: Opérationnaliser le cadre conceptuel
- Étape 3: Développer la carte stratégique
- Étape 4: Cibler les indicateurs pouvant faire l'objet d'une estimation financière
- Étape 5: Assurer l'appropriation du modèle de performance intégré par le CUSM
- Étape 6: Utiliser le modèle dans le cadre de projets de transition
- Étape 7: Estimer globalement les retombées économiques générées par le BST

1^{ère} étape

- Développer un cadre conceptuel pour préciser le rôle du BST dans le cadre de la gestion du changement au sein du CUSM

Établir les relations de cause à effet; tout un défi...

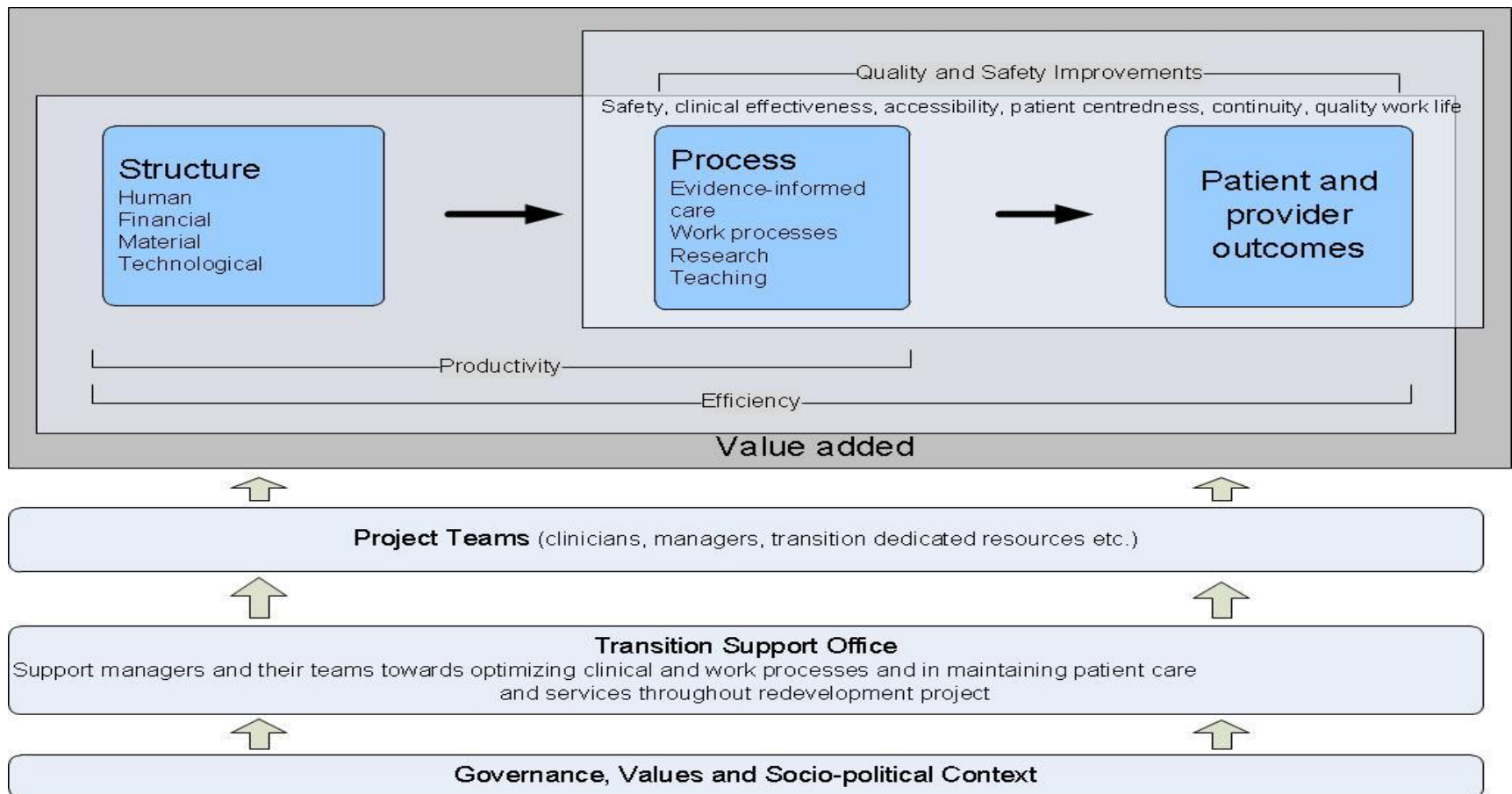


Brown, M.G. (1996), Keeping Score: Using the Right Metrics to Drive World-Class Performance, Quality Resources, New York, NY.

Mesurer les intrants, les processus ou les extrants

Contrôle des intrants lorsque: (ex: médecin)	Contrôle des processus lorsque: (ex: interne/résident)	Contrôle des extrants lorsque: (ex: traitement expérimental)
<ul style="list-style-type: none">▪Impossible de superviser les processus ou les extrants▪Coût des intrants est élevé par rapport aux extrants▪Qualité des intrants est importante	<ul style="list-style-type: none">▪Processus peuvent être observés ou mesurés▪Coût de mesurer/ superviser est faible▪Standardisation est critique pour qualité et sécurité▪Relations de causes à effet sont connues▪Le processus ou ses propriétés peuvent contribuer à un avantage stratégique	<ul style="list-style-type: none">▪Les extrants peuvent être mesurés▪Le coût de mesurer et de superviser est faible▪Les relations de cause à effet peuvent ne pas être bien comprises▪L'Innovation est désirée

MUHC TSO Office Evaluation Framework



Biron A., Vezina M., St-Hilaire C., Tremblay, M.L., Richer M-C., (2012), «The role of performance measurement in a major redevelopment project: The case of the McGill University Health Centre Transition Support Office », *Healthcare Quarterly*, 19 pages.

2^{ième} étape

- Opérationnaliser le cadre conceptuel de façon à développer un outil d'évaluation de la performance pouvant être utilisé par le BST pour le suivi et l'évaluation des projets de transition.

Pourquoi pas le Balanced Scorecards?

- La plupart des modèles de mesure de la performance repose sur le modèle de balanced scorecard de Kaplan et Norton
- Ce modèle est plus ou moins bien adapté aux besoins des organisations du domaine de la santé qui doivent composer avec de nombreuses parties prenantes qui ont des intérêts parfois divergents
- Il est nécessaire de comprendre comment les préoccupations de ces parties prenantes sont interreliées afin de mieux appréhender la dynamique du secteur.

Modèle des parties intéressées (Atkinson, Waterhouse et Wells, 1997)



Mesures primaires et secondaires sélectionnées pour chaque partie prenante à la Banque de Montréal

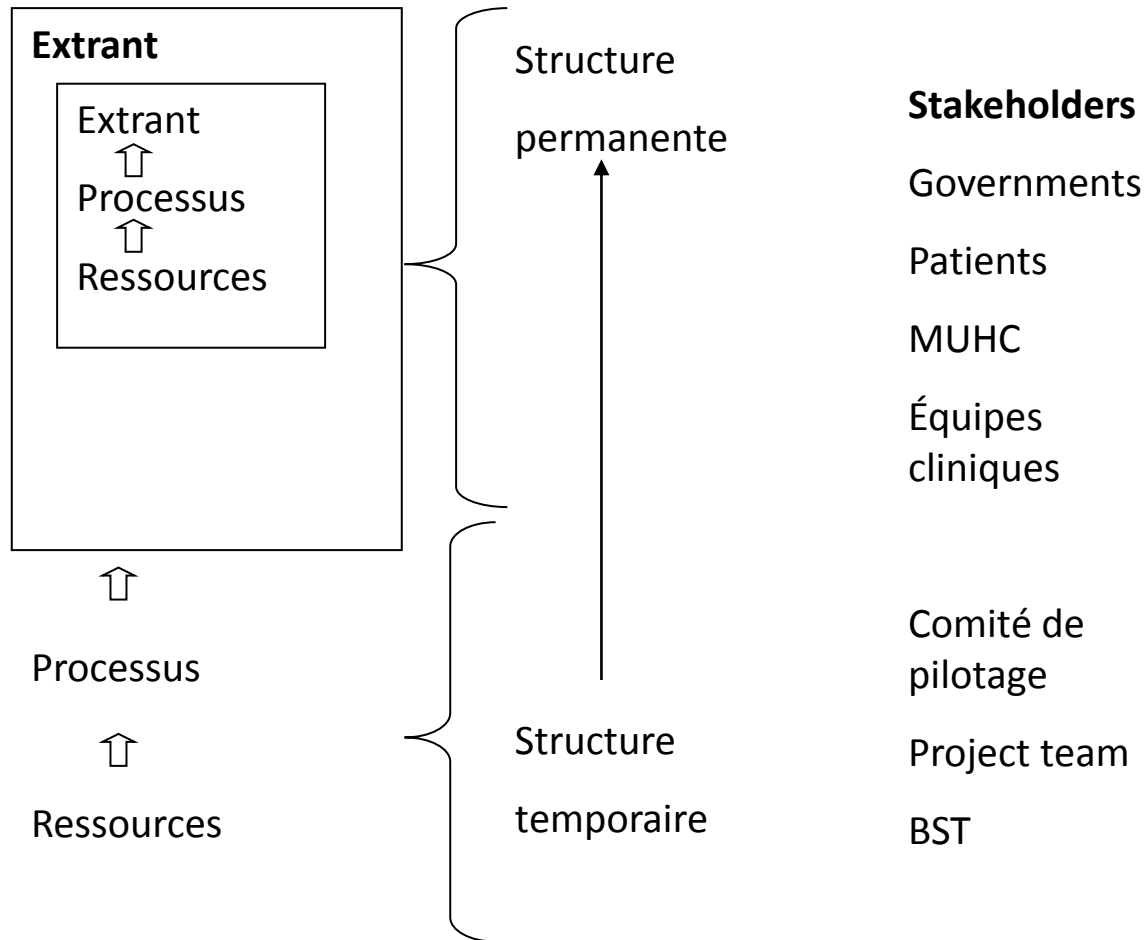
Parties prenantes	Objectifs primaires	Objectifs et mesures secondaires
Actionnaires	Rendement sur l'investissement des actionnaires	<ul style="list-style-type: none"> ·Croissance des dépenses ·Productivité ·Ratios de capital ·Ratios de liquidité ·Ratios de qualité des actifs
Clients	Satisfaction de la clientèle et qualité du service	<ul style="list-style-type: none"> ·Enquêtes sur la clientèle pour différents marchés et produits requis
Employés	Engagement des employés Compétence des employés Productivité des employés	<ul style="list-style-type: none"> ·Enquêtes sur différents éléments du service à la clientèle (pour évaluer la compétence des employés) ·Indices sur différents éléments du service à la clientèle (pour évaluer la compétence des employés) ·Ratios financiers du coût des employés par différentes classifications de revenus
Communauté	Image publique	<ul style="list-style-type: none"> ·Différentes enquêtes externes

Modèle des parties intéressées

Exemple pour le domaine de la santé

Parties prenantes	Mesures primaires	Mesures secondaires
Gouvernements	Enveloppe budgétaire	<ul style="list-style-type: none">• Croissance des dépenses• Coût par patient• Coût par service• Respect des budgets
Bénéficiaires	Satisfaction des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none">• Frais facturés aux bénéficiaires• Enquêtes de satisfaction par catégories de services et de bénéficiaires• Listes d'attentes (longueur)• Temps de réponse aux appels
Employés	Engagement Compétence Productivité	<ul style="list-style-type: none">• Enquêtes sur qualité des soins prodigués par le personnel• Nombre de plaintes• Taux d'encadrement (Bénéficiaires/employé)• Taux de rotation / d'absentéisme• % du budget en formation continue• Coût par employé
Communauté	Image publique	<ul style="list-style-type: none">• Différentes enquêtes externes• Nombre de patients refusés

Intégration conceptuelle des modèle de mesure de la performance

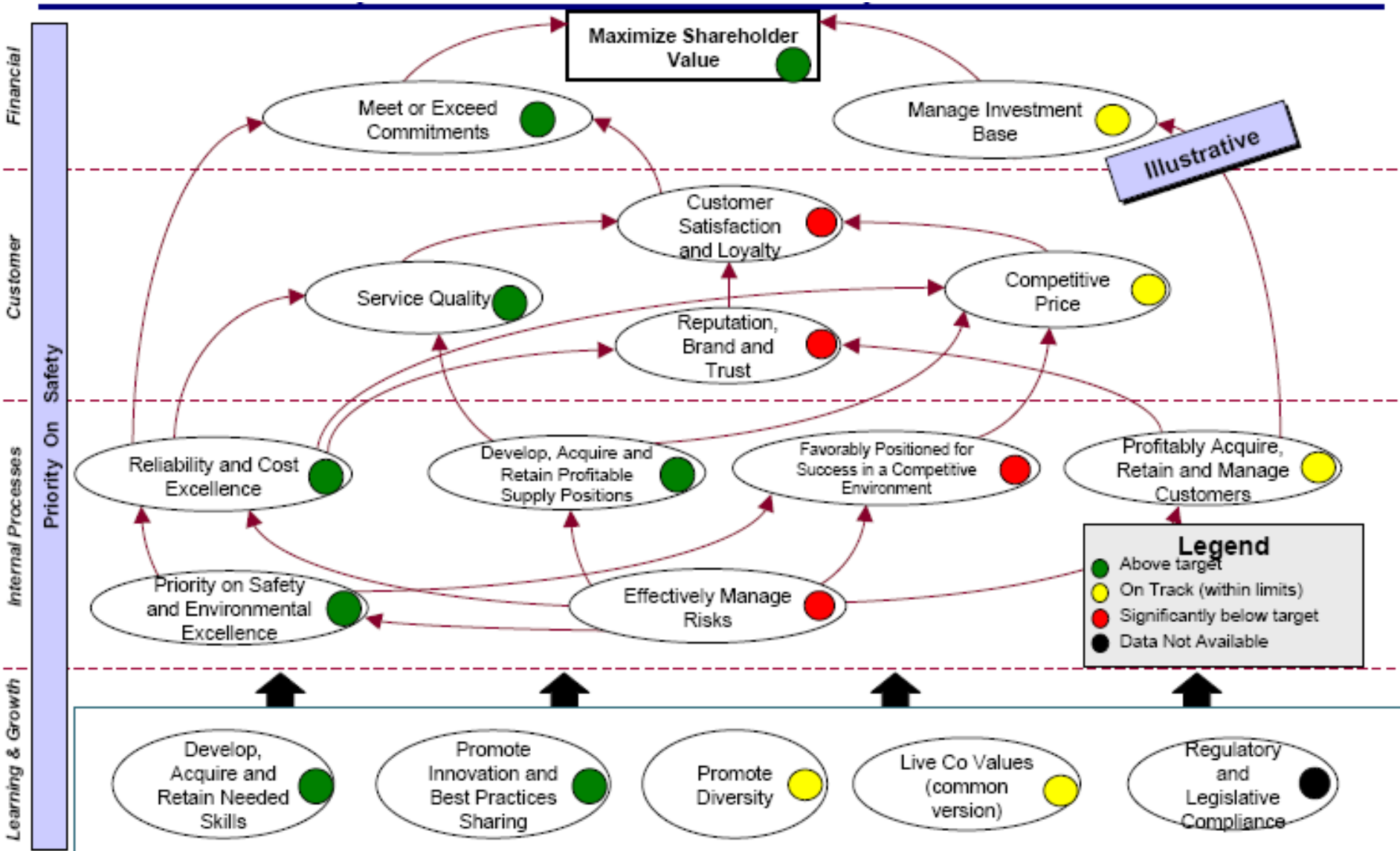


3^{ième} étape

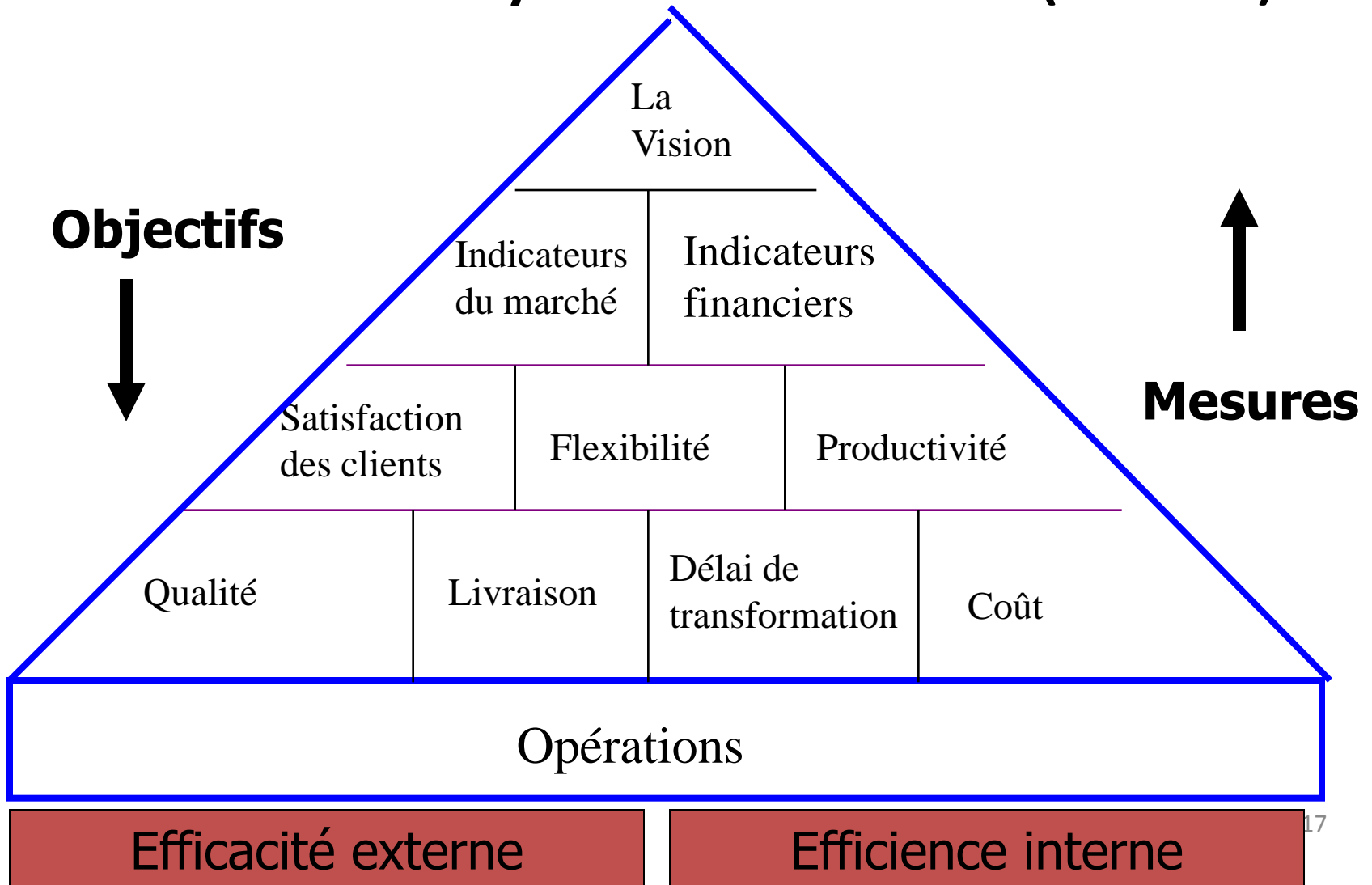
- Développer une carte stratégique de façon à obtenir une meilleure compréhension des interrelations entre les objectifs, compte tenu des préoccupations des parties prenantes

(source: Kaplan 2002)

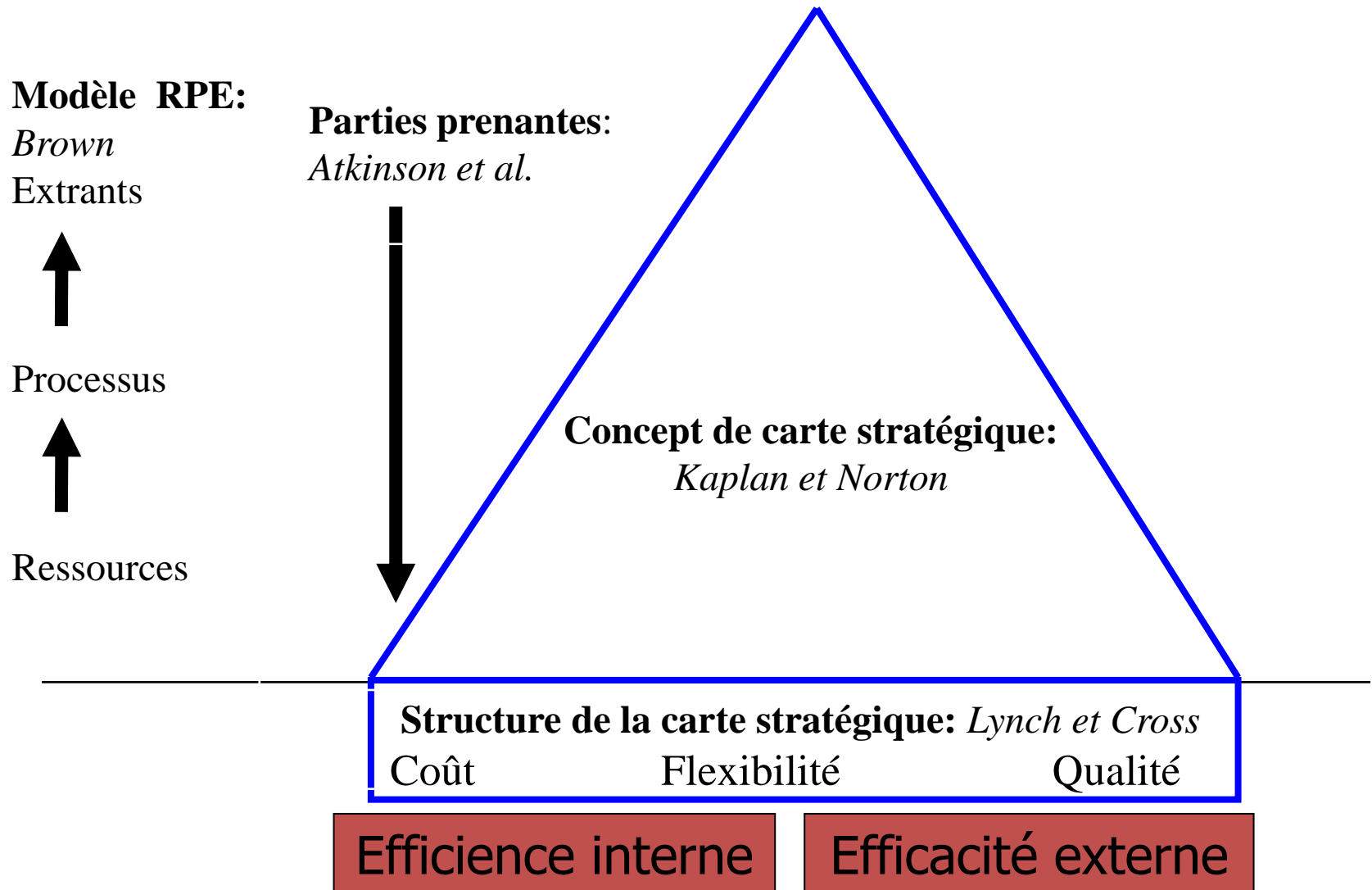
Le concept de carte stratégique



Modèle de Lynch et Cross (1991)



Intégration de 4 modèles



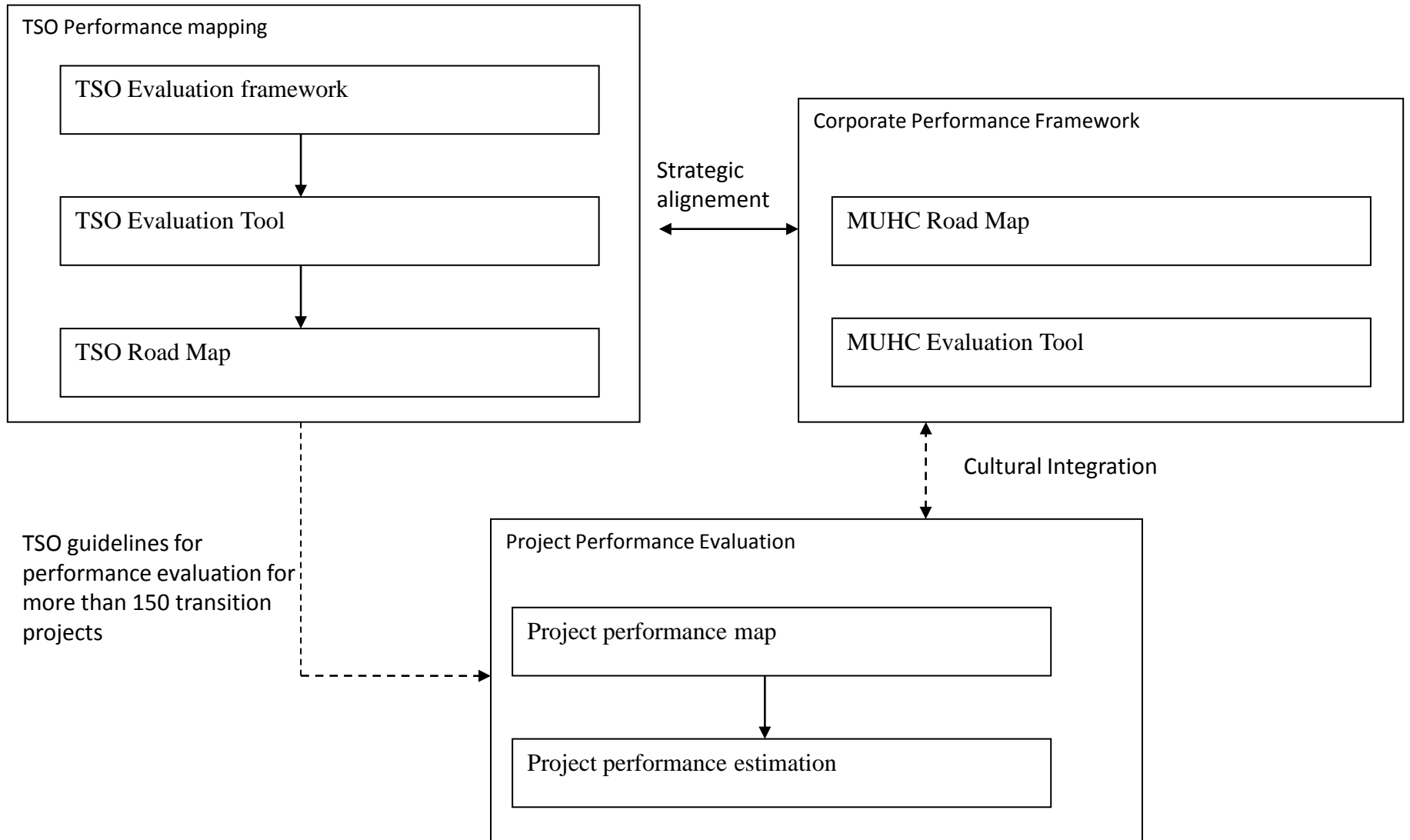
4^{ième} étape

- Identifier les indicateurs de performance pouvant faire l'objet d'une estimation financière et ce, pour toutes les parties prenantes concernées.

5^{ième} étape

- Soutenir l'appropriation du modèle de performance intégré développé par le BST par la direction du CUSM afin de développer une vision commune des orientations stratégiques de l'organisation

Adoption du modèle de performance au sein du CUSM



6^{ième} étape

- Utiliser le modèle de performance intégré développé par le BST pour l'évaluation des projets de transition (Le cas CLA-BSI)

Harmonisation des pratiques (projet CLA-BSI)

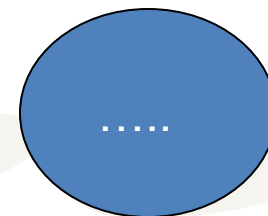
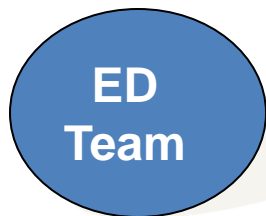
- **But du projet:**
 - Harmoniser les pratiques à travers tous les sites
 - Éliminer les bactériémies nosocomiales et aux complications liées aux cathéters centraux
 - Mettre en place les stratégies nécessaires à pérennité des bénéfices

Supporting the Teams: Committee Structure

CLABSI Steering Committee

**Coordination Committee
Clinical Champions**

**- Project Manager, Practice Consultant,
Knowledge Broker, Evaluation Advisor
Communication Expert**



Plan de communication

We can eliminate catheter related infections and thromboses.

Nous pouvons éliminer les infections et les thromboses reliées aux cathéters centraux.

Be Line WISE!
PRUDENCE
sur toute la ligne!

W
Wash hands and prep the insertion site
Hygiène des mains et préparation du site

I
Insert and care with aseptic technique
Insertion et entretien de façon aseptique

S
Scrub the hub vigorously for 15 seconds
Friction vigoureuse du bouchon 15 secondes

E
Ensure patency of device
Évaluation de la perméabilité

Another way of **WORKING SMARTER TOGETHER**

Une autre façon de **TRAVAILLER MIEUX ENSEMBLE**

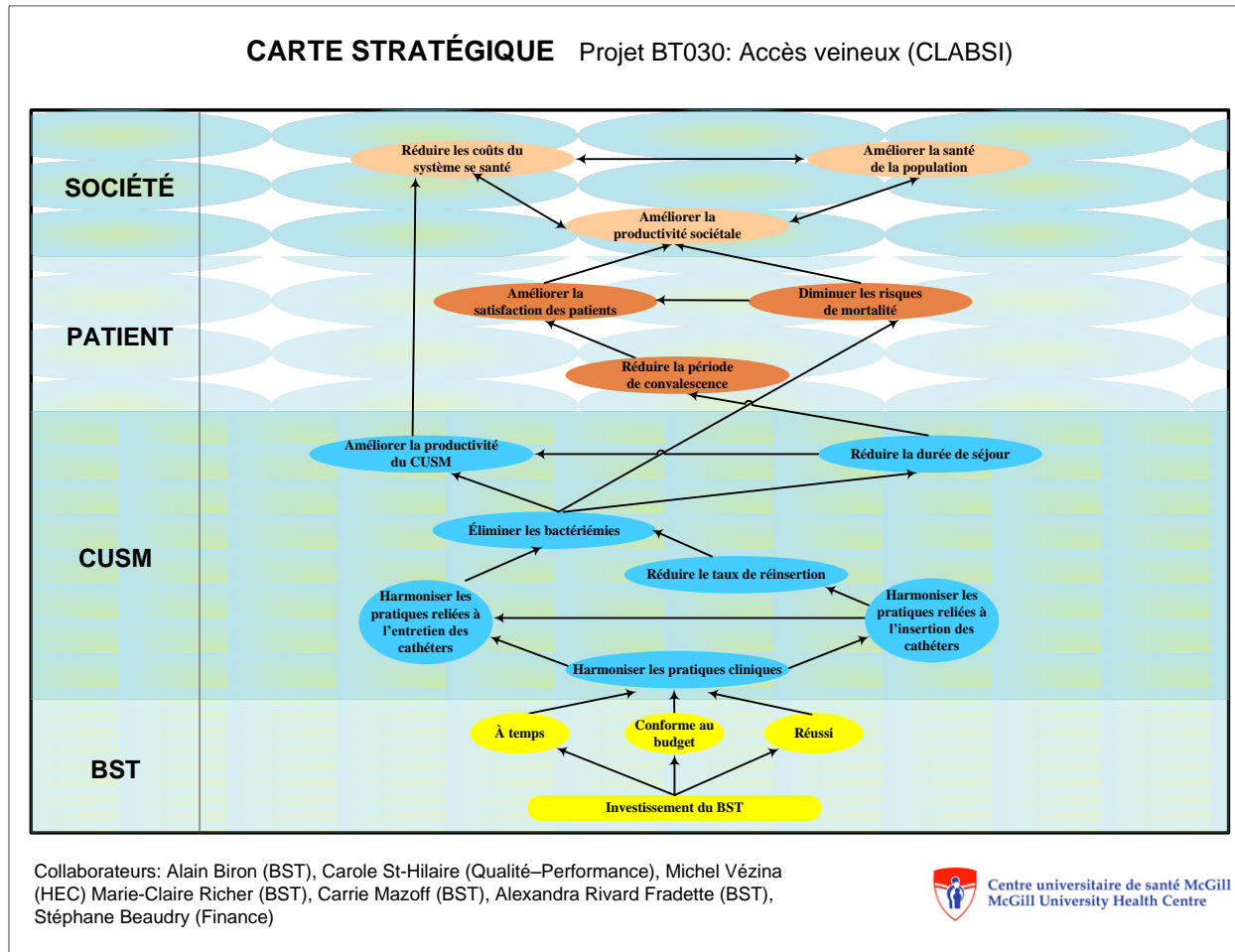
[Five empty rectangular boxes]

Plan d'évaluation

General Objectives		Specific Objectives	Actions	Indicators	Baseline	Responsible Individual	
(What is our vision?)		(How are we going to reach it?)	(What are we going to do?)	(Measurement)	(Start point)	(Quality, Tracking)	
1	Improve patient safety	1.1	Eliminate CLA-BSIs in the MUHC within 2 years / decrease CLA-BSI rate within one year of project start.	-Supply required material/physical resources -Create an MUHC database for CVAD surveillance -Implement Insertion Bundle -Implement Maintenance Bundle	-CLA-BSI Rate (1) -CLA-BSI Rate (2)	See next table	Charles Frenette
		1.2	Decrease the number of occlusions for all types of central lines.	Change in insertion site	-% of Re-Insertion	See next table	France Paquet
		1.3	Educate clinicians in central venous access device (CVAD) care and maintenance and measure knowledge acquisition.	-Create education sub-group -Assess front line (RNs' and MDs') opinion regarding insertion practices	- % Compliance to central Line Insertion Bundle -% of compliance to central line maintenance bundle compliance	See next table	France Paquet
		1.4	Ensure sustainability of practice changes.	-Create the organizational structure that will assume CLA-BSI surveillance activities in the longer term -Get buy-in from senior management regarding the importance of sustaining the CLA-BSI prevention activities	TBD	TBD	TBD

Celebrating our Success

Return on Investment (Added Value)





Nom du projet		RT030 - Venous Access (CLABSI)				Implantation
Responsable du projet		Linda Maruska				
Sponsors		E. Sidorowicz, P. O'Connor, A. Lynch				
Date de début		Dec-10				
Date de fin (prévue)		TRD				
Buts et objectifs		Résultats attendus¹				
<p>But:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les pratiques liées à l'insertion des cathétères centraux sur l'ensemble des sites <p>Objectifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminate CLABSIs in the MUHC within 2 years / decrease CLABSI rate within one year of project start. • Decrease the number of occlusions for all types of central lines. • Educate clinicians in central venous access device (CVAD) care and maintenance and measure knowledge acquisition. • Obtain clinicians' compliance for insertion and maintenance bundles. • Decrease number of re-insertions. 		<ul style="list-style-type: none"> • Eliminate preventable CLABSI in the MUHC within 2 years / decrease CLABSI rate within one year of project start. Adult ICUs (# infections calculated over 1000 catheter/days) Baseline value: 3.6 (RVH), 2.3 (MGH) Target 2011: 2 (all adult ICUs) Target 2012: 0 (all adult ICUs) • Decrease the number of reinsertions for all types of central lines. Percentage of re insertion in Adult Care Baseline value: All: 20%; PICCs: 18.5% Target 2011: 10% 				
Estimation : heures d'effort		6100		\$335,500		
Heures travaillées (à date)		1855		\$102,025		
Heures de travail restantes (selon estimation)		4245		\$233,475		
<p>Evolution des heures travaillées</p>						
Coût par événement						
	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	Épargne totale générée
Infections						
Coûts total adossés	\$2,431,000	\$1,642,512	\$793,484	\$766,651	\$740,726	
Volume	143	100	50	50	50	
Coût par infection (act)	\$17,000	\$16,425	\$15,870	\$15,333	\$14,815	
Épargne générée		\$788,488	\$1,637,516	\$1,664,349	\$1,690,274	\$5,780,627
Réinsertion						
Coûts total (act)	\$65,826	\$31,848	\$13,963	\$13,491	\$13,035	
Volume	475	238	108	108	108	
Coût par réinsertion (act)	\$139	\$134	\$129	\$125	\$121	
Épargne générée		\$33,978	\$51,863	\$52,335	\$52,791	\$190,967
Total	\$0	\$822,466	\$1,689,379	\$1,716,684	\$1,743,065	
				Total	\$5,971,594	
	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	Total estimé
	\$0	\$26,223	\$57,858	\$118,635	\$121,050	\$323,765

¹ Il est possible que la section "Résultats attendus" ne soit pas complétée si le projet est en phase de planification ou développement.

² Le coût monétaire est calculé selon le taux horaire moyen de 55\$/h par ressource.

7^{ième} étape

- Utiliser le modèle de performance intégré développé par le BST pour l'estimation des retombées économiques générées par le BST suite à l'analyse de 3 cas types.

Estimation des économies et coûts évités sur 5 ans

- **de plus de 20M\$ (11/2011)**
- **Méthode:**
 - **Trois projets types**
 - **5% du budget opérationnel**
 - **Extrapolation basée sur 21 projets**

En conclusion: note de Clermont Gignac, directeur exécutif de modernisation des CHU

- Suite à l'article dans le **Healthcare Quartely** sur une initiative innovatrice de la gestion de la transition notamment sur **la révision des processus de travail** lors de l'implantation d'un projet majeur dans le domaine de la santé.
 - La Direction exécutive de la Modernisation des CHU de Montréal est heureuse de s'associer depuis maintenant 3 ans à cette approche du CUSM dirigée par Marie-Claire Richer.
 - Des résultats et bénéfices probants (**économies et coûts évités de plus de 20M\$ sur 5 ans**) ont été portés à l'attention de l'Agence de la santé de Montréal et le seront bientôt aux autorités du MSSS.
- J'ai pensé vous en faire profiter et de reconnaître les efforts de l'équipe de Marie-Claire laquelle se rapporte directement au directeur général du CUSM, Normand Rinfret ; d'où la visibilité et l'importance que reçoit cette opération majeure dans l'organisation du CUSM.

Quelques références

- Atkinson, A.A., Waterhouse, J.H., Wells, R.B. (1997), «A Stakeholder Approach to Strategic Performance Measurement», *Sloan Management Review*, Spring, p. 25-37.
- Biron A., Vezina M., Tremblay, M.L., Richer M-C., (2012), «The role of performance measurement in a major redevelopment project: The case of the McGill University Health Centre Transition Support Office », *Healthcare Quarterly*,, 19 pages.
- Brown, M.G. (1996), *Keeping Score: Using the Right Metrics to Drive World-Class Performance*, Quality Resources, New York, NY.
- Kaplan, R.S., Norton D.P., (2004) «*Strategy Maps*», 452 pages.
- Lynch, R.L., Cross, K.F., (1991), *Measure Up! Yardsticks for Continuous Improvements*, Cambridge, MA, Blackwell.
- Simon R. (2000) «*Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*», Prentice Hall, 350 pages.