
Module 7

Utiliser les méthodes d'amélioration de la qualité pour améliorer les soins.

Introduction. Pourquoi les étudiants ont-ils besoin de connaître les méthodes visant à réduire les dommages et améliorer les soins ?

Depuis les premières études sur l'ampleur des dommages causés aux patients, la sécurité des patients est devenue une discipline dotée d'une base théorique et des méthodes des sciences de la sécurité conçues pour mesurer les événements indésirables associés aux soins (EIAS) et apporter des améliorations concrètes et durables en vue d'empêcher la survenue d'événements similaires à l'avenir [1]. Il ne suffit pas de reconnaître que des EIAS se produisent. Nous devons également en comprendre les causes et opérer les changements nécessaires pour prévenir d'autres dommages. Emmanuel *et al.* définissent les *sciences de la sécurité* comme des méthodes permettant d'acquérir et d'appliquer des connaissances en matière de sécurité afin de créer des systèmes hautement fiables. Les organisations hautement fiables anticipent la survenue de défauts de soins en mettant en œuvre des systèmes sûrs. Diverses méthodes ont été élaborées à cette fin dont beaucoup proviennent de domaines autres que la santé comme l'ingénierie, la psychologie appliquée, la physiologie humaine et la gestion.

La plupart des étudiants connaissent les termes de la *pratique fondée sur les preuves* ou encore des essais contrôlés randomisés, qui permettent aux chercheurs de déterminer si un traitement est validé par des preuves ou repose uniquement sur la croyance des praticiens. Les méthodes de la recherche scientifique, tel l'essai contrôlé randomisé, sont utilisées afin de mesurer l'efficacité clinique. L'essai contrôlé randomisé constitue la référence pour la recherche clinique. La recherche en matière d'amélioration de la qualité emploie des méthodes conçues pour mesurer les caractéristiques uniques associées à un EIAS, les éléments contextuels ou les processus de soins pouvant conduire à un EIAS, ainsi que l'élaboration et la vérification de solutions appropriées. Il ne s'agit pas uniquement d'observer la fréquence des EIAS.

Lorsqu'un problème émerge pendant la prise en charge d'un patient, il faut le régler ou le gérer le plus rapidement possible. Il est impossible de maîtriser les événements comme dans une étude expérimentale. Pour comprendre ce qui s'est passé et pourquoi, il convient d'étudier et d'analyser l'événement spécifique. Ces observations et conclusions serviront ensuite à concevoir des systèmes plus sûrs. Plus loin dans ce module, nous décrivons les différences de mesure entre la recherche et les processus d'amélioration.

Cela fait des décennies que d'autres secteurs d'activité ont recours aux méthodes d'amélioration de la qualité. En revanche, il est possible que les étudiants en santé ne soient pas aussi familiers avec l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins qui suppose de changer la façon dont les professionnels de santé et les systèmes fonctionnent afin d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients [2].

La sécurité des patients requiert une compréhension profonde des processus de soins des patients ainsi que la capacité à mesurer les résultats des patients, d'une part, et à évaluer si les interventions mises en place pour résoudre un problème ont été efficaces, d'autre part. Si l'on ne mesure pas les résultats des soins, il est difficile de savoir si les mesures prises par les professionnels de santé pour résoudre un problème ont réellement amélioré la situation. La simple application d'un protocole pourrait ne pas suffire à régler un problème. D'autres facteurs peuvent y avoir contribué, et pas uniquement le fait que le personnel n'ait pas suivi les mesures appropriées. Pour comprendre les multiples causes des EIAS, il faut avoir recours aux méthodes conçues pour les mettre en évidence. Les sciences de la sécurité prévoient des mesures visant à empêcher la survenue d'EIAS. Les méthodes de la recherche scientifique axées sur l'amélioration comprennent un grand nombre de méthodologies et prennent habituellement en considération le contexte et la complexité des changements sociaux [1].

Pour mettre en œuvre la plupart des méthodes d'amélioration de la qualité, il faut des équipes dont les membres coopèrent et sont d'accord sur le processus à utiliser pour prévenir ou résoudre un problème donné. Mais, en priorité, les membres de l'équipe doivent reconnaître que la question qui les occupe est un problème réel digne d'intérêt. Les étudiants sont encouragés à chercher si l'établissement où ils se forment dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et s'ils peuvent observer ou rejoindre une équipe impliquée dans une activité d'amélioration.

Pour commencer à comprendre le rôle de l'amélioration de la qualité, les étudiants peuvent :

- demander quels outils peuvent être utilisés pour améliorer la sécurité des patients et apprendre à les maîtriser ;
- reconnaître que tout le monde est susceptible d'avoir de bonnes idées ;
- avoir conscience que l'environnement local constitue un facteur clé du processus d'amélioration ;
- avoir conscience que la façon dont les personnes qui évoluent au sein du système pensent et réagissent est aussi importante que les structures et les processus mis en place ;
- réaliser que la diffusion de pratiques innovantes passe par l'adoption, par les professionnels, de nouveaux processus ;
- comprendre que la mesure des résultats des patients est nécessaire pour élaborer des stratégies appropriées et évaluer les améliorations.

Le principe central qui sous-tend l'amélioration des soins de santé est que la qualité des soins ne se contrôle pas à la fin mais tout au long du processus de travail. Le présent module explique certaines des théories fondamentales sous-jacentes à ce principe.

Dans bon nombre de professions de santé, telles que la médecine et les soins dentaires et infirmiers, les tentatives classiques visant à convaincre et inciter les professionnels de santé à modifier leurs comportements, à savoir veiller au respect d'un protocole ou promouvoir des programmes de vigilance vis-à-vis des interactions médicamenteuses, se sont avérées peu fructueuses. Dans d'autres professions, comme la pharmacie, elles ont, au contraire, trouvé un bon écho. Au cours des dernières années, des centaines de commissions et de groupes de pilotage ont formulé des milliers de recommandations relatives à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins aux patients. Nous avons néanmoins observé que la publication de preuves dans les revues médicales à comité de lecture ne conduit pas les cliniciens à changer leur pratique [3].

De nombreuses méthodes d'amélioration ont été conçues afin d'essayer de combler cette lacune et de fournir aux professionnels de santé les outils pour : i)

identifier un problème ; ii) le mesurer ; iii) élaborer une série d'interventions visant à le régler ; et iv) évaluer si les interventions ont été efficaces.

L'identification et l'examen de chaque étape du processus de délivrance des soins constituent le fondement même de cette méthodologie. Une fois toutes les étapes du processus examinées, nous commençons à comprendre comment les différents facteurs sont reliés et interagissent et comment ils peuvent être mesurés. Les mesures sont essentielles pour l'amélioration de la sécurité.

Mots-clés

Amélioration de la qualité, cycle PDCA, concept de changement, écart, méthodes d'amélioration de la qualité, outils d'amélioration, diagrammes cause-effet (diagrammes d'Ishikawa), diagrammes de Pareto, histogrammes, graphiques de fréquence-temps.

Objectif d'apprentissage



Connaître les principes de l'amélioration ainsi que les méthodes et les outils de base utilisés pour mesurer l'amélioration de la sécurité des patients.

Acquis de l'apprentissage : connaissances théoriques et pratiques

Il est important que les étudiants comprennent les informations présentées dans ce module car seule la mesure continue permettra d'obtenir et de pérenniser l'amélioration des soins. Ce module sera toutefois l'un des plus difficiles à enseigner car bon nombre d'organisations de soins ne disposent pas des ressources ou des connaissances nécessaires pour évaluer les différents aspects des soins. Une bonne façon pour faire comprendre aux étudiants les avantages des méthodes d'amélioration est de les faire observer ou participer à une activité de ce type au sein de l'établissement. Les étudiants peuvent également appliquer les principes et les outils présentés ici dans le cadre de leurs projets personnels d'auto-amélioration, comme améliorer leur façon d'étudier, mettre au point un programme d'entraînement physique et consacrer plus de temps à leur famille et leurs amis.

Connaissances théoriques



Les étudiants devraient pouvoir décrire :

- la science de l'amélioration ;
- les concepts fondamentaux du changement ;
- les principes relatifs à l'amélioration ;
- le rôle des mesures dans l'amélioration.

Connaissances pratiques



- Saisir les opportunités permettant d'utiliser les sciences de la sécurité pour analyser les erreurs.
- Comprendre l'éventail des méthodes d'amélioration disponibles pour réduire les dommages causés aux patients.
- Appliquer au moins un outil d'amélioration dans un contexte clinique particulier.
- Participer à une activité d'amélioration (si possible).

Science de l'amélioration



La science de l'amélioration trouve son origine dans les travaux de W. Edwards Deming, le père de la théorie de l'amélioration. Il a décrit les quatre éléments de compréhension suivants qui sous-tendent l'amélioration [4] : la compréhension du système ; la connaissance des variations ; la théorie de la connaissance ; la psychologie.

Selon lui, il n'est pas nécessaire de comprendre en profondeur ces éléments pour en appliquer les connaissances [5]. Les spécialistes en amélioration emploient l'analogie de la voiture, que l'on peut conduire sans en comprendre le fonctionnement [4, 6]. Au début de leur carrière, les étudiants en santé n'ont besoin de connaître que les bases de la science de l'amélioration, le plus important est qu'ils sachent que des méthodes visant à améliorer les processus de soins existent [7].

Compréhension du système

Lorsque nous appliquons les concepts de W. E. Deming à la santé, nous devons garder à l'esprit que la plupart des résultats de soins ou des prestations de soins aux patients mettent en jeu des systèmes complexes d'interactions entre des professionnels de santé, des procédures et des équipements, une culture organisationnelle et des patients. Par conséquent, il est important que les étudiants comprennent les interdépendances et les relations qui existent entre tous ces éléments (médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, personnel infirmier, professionnels paramédicaux, patients, traitements, matériel, procédures, salles d'opération, etc.), ce qui augmentera la précision des prévisions qu'ils pourraient faire quant à l'impact d'un changement sur le système.

Connaissance des variations

La variation est la différence entre deux ou plusieurs choses similaires, par exemple entre les taux de réussite des appendicectomies pratiquées dans deux régions différentes d'un même pays ou entre les taux de caries dentaires constatés dans deux régions différentes. En santé, les variations sont très importantes et les résultats des patients peuvent varier en fonction des services, des hôpitaux, des régions et des pays. Nous ne devons toutefois pas oublier que la variabilité est une composante de la plupart des systèmes. Les pénuries de personnel, de matériel, de médicaments ou de lits peuvent entraîner des variations dans les soins. Les étudiants pourraient prendre l'habitude de demander à leurs professeurs et superviseurs les résultats attendus d'une procédure ou d'un traitement particulier. Est-ce que le transfert consécutif de trois femmes ayant accouché dans la même maternité de niveau 1 vers celle de niveau 3 est révélateur d'un problème au niveau de la procédure d'accouchement ? L'infirmier(ère) intérimaire pratique-t-elle différemment les soins ? L'échec de la pose d'une couronne dentaire indique-t-il un problème de procédure ? Les erreurs

médicamenteuses étaient-elles moins nombreuses lorsque l'équipe qui assure la tournée des patients comptait un pharmacien parmi ses membres ? Les activités d'amélioration ont, entre autres, l'objectif de permettre aux professionnels de répondre à ce type de questions.

Théorie de la connaissance

Selon W. E. Deming, la théorie de la connaissance suppose que nous prévoyons que les changements que nous effectuons produiront de meilleurs résultats. La prévision des résultats attendus d'un changement constitue une étape nécessaire au processus de planification initiale. Bon nombre d'étudiants auront déjà fait de telles prévisions, par exemple quand ils ont prévu quelles informations ils devaient connaître pour réussir leurs examens. Les étudiants qui ont ce type d'expérience auront plus de facilités à faire ces prévisions. Par exemple, les professionnels de santé qui travaillent dans un milieu de soins particulier, comme un centre de soins en milieu rural, pourraient mieux prévoir les résultats d'un changement dans cet environnement précis. Comme ils connaissent mieux que d'autres ces centres et leur fonctionnement (ou fonctionnement théorique), ces professionnels sont plus à même de prévoir comment un changement donné pourra affecter les patients et leur familles. Lorsque les professionnels de santé disposent de connaissances et d'une expérience dans le domaine qu'ils souhaitent améliorer, les changements qu'ils proposent sont davantage susceptibles de produire de réelles améliorations. Comparer les résultats aux prévisions est une importante activité d'apprentissage. Acquérir des connaissances en effectuant des changements puis en mesurant les résultats ou en observant les différences est le fondement même de la science de l'amélioration.

Psychologie

Il est primordial de comprendre la psychologie des interactions des individus entre eux et avec le système. Tout changement, mineur ou majeur, aura un impact et connaître la psychologie pourrait nous aider à anticiper les réactions des professionnels et à comprendre pourquoi ils pourraient se montrer réfractaires au changement. Par exemple, un service hospitalier de médecine compte un certain nombre de professionnels dont les réactions à un même événement, comme l'introduction d'un système de déclaration des EIAS, seront très variées. Lorsque l'on souhaite opérer un changement, toutes ces différentes réactions potentielles doivent être prises en considération.

Les quatre éléments décrits ici forment le système de connaissance qui sous-tend l'amélioration. Selon W. E. Deming, sans les actions suivantes, à savoir la conception, les tests et la mise en œuvre, aucune amélioration n'est possible.

Concepts fondamentaux de changement

T. Nolan et M. Schall [6] ont défini le concept de changement comme toute idée qui prouve son intérêt sur des bases scientifiques ou logiques et qui peut stimuler des changements aboutissant à une amélioration. Ils ont identifié des sources différentes et de toute origine permettant d'envisager des changements : la réflexion critique sur le système actuel, la pensée créative, l'observation du processus, une idée issue de la littérature, une suggestion d'un patient ou encore des observations faites dans une situation ou une spécialité complètement différentes.

Nous sommes nombreux à utiliser de façon intuitive les concepts de changement dans notre vie quotidienne. Nous nous demandons, par exemple, ce que nous pourrions modifier pour améliorer une situation particulière, comme une façon d'étudier inadaptée, des tensions avec un membre de la famille ou des difficultés au travail. Nous nous posons la question suivante : « Que puis-je faire pour améliorer la situation ? »

Une équipe soignante qui souhaite améliorer les soins des patients pourrait se saisir d'un concept abstrait et tenter de l'appliquer à l'environnement local, à une situation particulière ou à la tâche qu'elle essaie d'améliorer. Ce processus devra tenir compte des aspects propres au contexte en question. Il s'agit d'une étape importante car elle engage l'équipe soignante dans le processus d'amélioration. Les membres qui participent à cette étape seront davantage impliqués dans le projet d'amélioration.

Encadré B.7.1. Exemple de l'application d'un concept de changement

Une équipe soignante souhaite observer les *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins*. Les membres de cette équipe pensent que c'est une bonne idée, d'autant que ces Recommandations sont basées sur des preuves documentées dans la littérature scientifique et reconnues par les experts. On peut anticiper que l'utilisation de ces Recommandations entraînerait une amélioration, à savoir une réduction de la transmission des infections manu portées entre professionnels de santé.

Une recommandation est un exemple de concept abstrait. L'équipe élaborerait ensuite des projets plus spécifiques pour mettre en œuvre la recommandation sur son lieu de travail. Elle appliquera donc le concept abstrait à l'objectif concret de réduire les infections sur le lieu de travail. Si un concept de changement est abstrait, et non concret, il devra s'appuyer sur des publications et des preuves.

Lorsque le concept devient plus local et plus concret (appliqué), il devient également plus tangible, logiquement relié et adapté à la situation locale.

Principes relatifs à l'amélioration sous-jacents aux modèles d'amélioration

L'amélioration continue de la qualité inclut tout processus ou outil qui vise à réduire un défaut de qualité systémique ou organisationnel. Les principes fondamentaux de l'amélioration de la qualité sont relativement intuitifs : des soins axés sur les patients, un leadership solide, la participation de tous les membres de l'équipe, l'utilisation d'une approche par processus, l'utilisation d'une approche systémique de la gestion, l'amélioration continue, une approche factuelle de la prise de décision et des relations gagnant-gagnant.

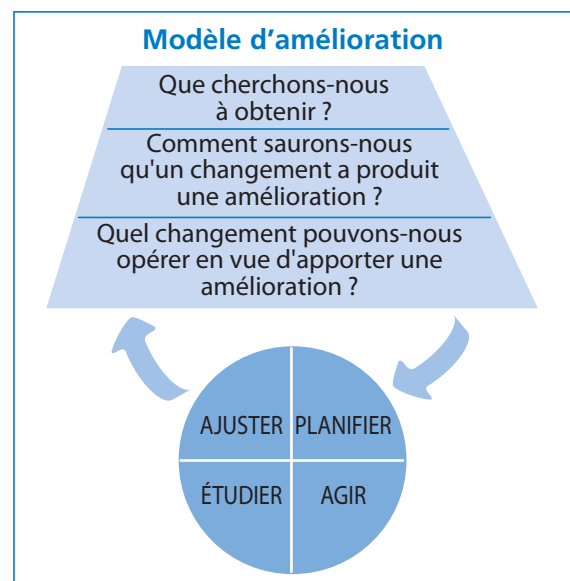
L'amélioration suppose de renforcer et d'appliquer les connaissances. La plupart des modèles d'amélioration comprennent une phase de questionnement suivie du cycle PDCA décrit par W. E. Deming (voir Figure B.7.1 ci-dessous).

Les principales questions de tout processus d'amélioration sont :

1. Qu'essayons-nous d'accomplir ?
2. Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration ou en a produit une ?

Dans la quête de l'amélioration par le changement, il n'est pas rare d'avoir recours à une approche par essais et erreurs. Cette même approche sous-tend le processus PDCA utilisé pour effectuer toutes sortes d'améliorations, grandes et petites.

Encadré B.7.1. Modèle d'amélioration



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

1. Qu'essayons-nous d'accomplir ?

Poser cette question permet à l'équipe soignante de se concentrer sur les aspects qu'elle souhaite améliorer ou renforcer. Il est important que tous les membres de l'équipe reconnaissent qu'un problème existe et qu'il serait utile d'essayer de le résoudre. Voici quelques exemples :

a) Sommes-nous tous d'accord pour dire que le taux d'infection chez les patients ayant bénéficié d'une opération du genou est trop élevé ?

b) Sommes-nous tous d'accord pour dire que nous avons besoin d'un meilleur système de prise de rendez-vous pour les usagers de l'établissement ?

c) Sommes-nous tous d'accord pour dire que la façon dont les médicaments sont conservés au cabinet dentaire risque de les endommager ?

Pour confirmer l'existence d'un problème, il faut disposer de preuves (qualitatives et quantitatives) qui en révèlent l'étendue. Par exemple, concernant les problèmes indiqués ci-dessus :

a) Disposons-nous de chiffres montrant que le taux d'infection est élevé ?

b) Les usagers se plaignent-ils du système de prise de rendez-vous en place dans l'établissement ?

c) Des médicaments conservés au cabinet dentaire ont-ils été endommagés au cours du mois dernier ?

Il n'est pas judicieux d'orienter son action sur un point que seule une personne considère comme étant un problème.

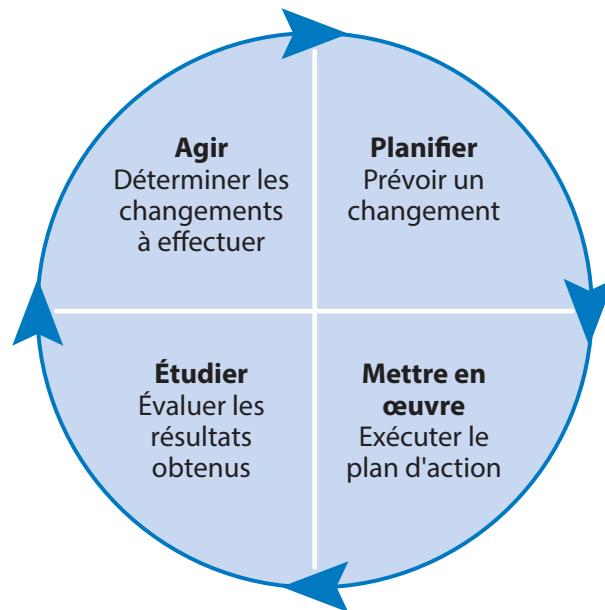
Bon nombre de pays sont dotés de bases de données nationales et internationales avec des indicateurs spécifiques de maladie. Ces bases de données sont très utiles, en particulier à des fins de comparaison. Ces données sont importantes car elles permettent à l'équipe de concentrer ses efforts sur les vrais problèmes. Dans certains cas, les données disponibles sont limitées. Cependant, indépendamment de l'étendue des informations disponibles, il convient de veiller à ce que les changements opérés restent aussi simples que possible.

2. Comment saurons-nous qu'un changement a produit une amélioration ?

Les professionnels de santé et les étudiants devront mesurer les résultats/paramètres en question avant et après le changement afin de déterminer si les mesures prises par l'équipe ont fait une différence. Si les données recueillies

montrent que la situation s'est améliorée, l'amélioration est alors confirmée. Les améliorations doivent s'inscrire dans la durée avant que l'équipe puisse affirmer que les changements mis en place sont efficaces. L'équipe doit donc tester les différentes interventions élaborées et mises en œuvre. Le cycle PDCA, représenté par le diagramme ci-dessous, illustre une méthode utilisée pour aider à tester différentes façons de vérifier l'efficacité d'une intervention.

Figure B.7.2. Cycle PDCA 



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Le cycle commence par un objectif et se termine par une action. La phase de mesure vise à obtenir de nouvelles informations et connaissances. C'est une étape importante dans la science de l'amélioration car disposer de nouvelles informations permet de mieux prévoir les effets d'un changement. L'application du modèle PDCA peut être simple ou complexe, formelle ou informelle. L'amélioration des temps d'attente dans un centre de soins, la réduction des taux d'infection du site opératoire au bloc, la réduction de la durée d'hospitalisation post-opératoire, la réduction au minimum des incidents dentaires, la réduction du nombre d'envois des résultats d'exams à la mauvaise personne, l'amélioration du vécu de l'accouchement sont autant d'exemples de situations où le cycle PDCA peut être appliqué. Une activité d'amélioration formelle nécessite une documentation détaillée, des outils d'analyse des données plus élaborés ou davantage de temps consacré aux discussions et aux réunions d'équipe. Le modèle PDCA est basé sur un format dont les étapes se répètent jusqu'à ce qu'une amélioration durable ait lieu.

Points à prendre en considération au début d'un projet d'amélioration

Il convient de tenir compte des aspects suivants lorsque l'on décide d'avoir recours à une méthode d'amélioration.

Une équipe doit être créée

Réunir les bonnes personnes pour former une équipe d'amélioration d'un processus est crucial pour garantir le succès des efforts faits en matière d'amélioration. La taille et la composition des équipes peuvent varier, chaque organisation créant des équipes en fonction de ses besoins. Par exemple, si l'objectif du projet est d'améliorer le calendrier des sorties, l'équipe devrait compter des professionnels qui connaissent les procédures de sortie, comme le personnel infirmier, les médecins de soins primaires, les pharmaciens, les dentistes ou les sages-femmes (selon les patients concernés) ainsi que les patients.

L'équipe doit fixer les objectifs du processus d'amélioration

Toute amélioration nécessite des buts et objectifs clairement définis. Ces objectifs devraient être datés et mesurables et devraient également définir la population spécifique de patients qui sera concernée. Cela permet de maintenir l'équipe, et ses efforts, concentrés sur la tâche à effectuer.

L'équipe doit décider comment elle souhaite mesurer les changements

Pour déterminer si un changement a réellement entraîné une amélioration, les équipes ont recours à des mesures quantitatives.

L'équipe devra choisir les changements à apporter

Toute amélioration passe nécessairement par des changements mais tous les changements n'entraînent pas forcément d'amélioration. Par conséquent, les établissements doivent identifier

les changements les plus susceptibles de se traduire par des améliorations.

L'équipe doit tester les changements

Le cycle PDCA constitue un raccourci pour tester un changement dans l'environnement de travail réel, notamment planifier le changement, le mettre en œuvre, en mesurer les résultats et l'ajuster en fonction des enseignements tirés. C'est un exemple de méthode scientifique.

L'équipe doit mettre en œuvre les changements

Après avoir testé un changement à petite échelle, tiré les enseignements de chaque test et ajusté le changement en répétant le cycle PDCA plusieurs fois, l'équipe peut mettre en œuvre le changement à plus grande échelle, au sein d'une population pilote ou de tout un établissement de soins par exemple.

L'équipe doit diffuser les changements

Suite à la mise en œuvre réussie d'un ou plusieurs changements au sein d'une population ou d'une unité pilote, l'équipe ou les responsables peuvent étendre les changements aux autres parties de l'établissement ou à d'autres organisations.

Rôle des mesures dans l'amélioration

Dans le cadre des activités d'amélioration de la qualité, les professionnels de santé doivent recueillir et analyser les données générées par les processus de soins. Par exemple, les étudiants ne peuvent pas analyser un changement apporté à leur façon d'étudier sans obtenir, au préalable, des informations relatives à leur façon d'étudier actuelle et à l'environnement dans lequel ils vivent et étudient. Ils doivent commencer par examiner les données afin de déterminer si leur façon d'étudier pose problème. Ils doivent ensuite choisir les informations requises pour évaluer si des améliorations ont été apportées.

Tableau B.7.1. Différentes mesures pour différents objectifs



	Mesures à des fins de recherche	Mesures à des fins d'apprentissage et d'amélioration des processus
Objectif	Découvrir de nouvelles connaissances	Mettre les connaissances en pratique quotidiennement
Essais	Un grand essai « en aveugle »	De nombreux essais successifs et observables
Biais	Tenter de repérer le plus de biais possible	Stabiliser les biais d'un essai à l'autre
Données	Recueillir le plus de données possible « au cas où »	Recueillir « juste assez » de données pour apprendre et compléter un autre cycle
Durée	Peut prendre du temps avant d'obtenir des résultats	Approche basée sur de petits essais des changements notables, dans le but d'accélérer le changement

Source : Institute for Healthcare Improvement

(<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/> [8]).

Dans cette analogie, le projet d'amélioration a pour objectif de modifier la façon dont les étudiants travaillent afin d'améliorer leur réussite aux examens, plutôt que de simplement identifier les étudiants ayant une mauvaise façon d'étudier.

Les mesures sont un élément essentiel de l'amélioration car elles obligent les individus à analyser ce qu'ils font et comment ils le font. Toutes les méthodes d'amélioration s'appuient sur des mesures. En santé, la plupart des activités peuvent être mesurées. Elles ne le sont pourtant pas à l'heure actuelle. Il existe des preuves solides montrant qu'utiliser les outils appropriés pour mesurer le changement permet d'apporter des améliorations significatives. Dans l'exemple ci-dessus, c'est en évaluant la situation avant et après que les étudiants pourront savoir s'ils ont amélioré leur façon d'étudier. Le Tableau B.7.1 met en lumière certaines différences de mesure entre la recherche et l'amélioration.

Il existe trois principaux types d'indicateurs utilisés dans l'amélioration : les indicateurs de résultat, les indicateurs de processus et les indicateurs composites.



Indicateurs de résultat

La fréquence des EIAS, le nombre de décès inattendus, les enquêtes de satisfaction des patients et d'autres processus de recueil des expériences vécues par les patients et leurs familles sont autant d'exemples d'indicateurs de résultat. Ces derniers incluent les enquêtes, les audits des dossiers médicaux et d'autres méthodes, comme les entretiens, qui visent à vérifier l'incidence des EIAS ou encore les perceptions ou les attitudes des individus vis-à-vis d'un service ainsi que leur niveau de satisfaction à l'égard de leur établissement de santé.

Exemples :

- Accès : temps d'attente pour les rendez-vous et les examens ;
- Soins intensifs : nombre de décès enregistrés au service d'urgence ou nombre de décès/presque-accidents dus à une hémorragie du post-partum ou à une éclampsie ;
- Systèmes de gestion des médicaments : le nombre d'erreurs de dosage ou d'administration survenues et/ou détectées.

Dans le cadre des audits des dossiers médicaux, des alertes sont utilisées pour identifier et mesurer la fréquence des EIAS.

Indicateurs de processus

Les indicateurs de processus se rapportent à l'évaluation du fonctionnement d'un système. Ces indicateurs se concentrent sur les composantes du système en relation avec un résultat négatif particulier par opposition à la probabilité

d'occurrence de ces événements. Ils sont généralement utilisés lorsqu'un professionnel expérimenté ou un responsable souhaite savoir comment une composante ou un aspect d'un service ou d'un système de santé fonctionne ou est pratiqué.

Exemples :

- Soins chirurgicaux : nombre de décomptes des compresses ;
- Administration de médicaments : retards dans l'administration des médicaments, prise en considération des facteurs qui ont un impact sur la prescription, la dispensation et l'administration du médicament concerné ;
- retards du transfert vers la salle de travail de la maternité ;
- Accès : nombre de jours où l'Unité de soins intensifs (USI) n'a plus de lits disponibles.

Indicateurs composites

Ces indicateurs servent à veiller à ce qu'un changement ne crée pas de problème supplémentaire. Ils permettent d'étudier le service ou l'établissement sous un angle différent. Par exemple, si, suite à la modification de leur façon d'étudier, les étudiants n'ont plus le temps de voir leurs amis, leur bien-être pourrait s'en trouver affecté. Garantir que les efforts visant à réduire la durée d'hospitalisation d'un groupe particulier de patients n'entraîne pas une hausse de leur taux de réadmission due à l'incapacité de ces patients de prendre correctement soin d'eux-mêmes est un exemple d'indicateur composite dans le contexte des soins de santé.

Exemples de méthodes d'amélioration



En santé, il existe de nombreux exemples de méthodes d'amélioration. Bon nombre d'étudiants apprendront à connaître les méthodes utilisées sur leurs lieux de travail respectifs au fil de l'évolution de leur carrière. Le Dr Brent James (États-Unis) [9] a apporté d'importantes améliorations aux soins de santé grâce à une méthode appelée l'amélioration de la pratique clinique. L'Analyse des Causes Racines (ACR) et l'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) sont deux autres méthodes largement employées dans de nombreux pays. Ces trois modèles d'amélioration sont brièvement décrits ci-dessous.

Amélioration de la pratique clinique

L'amélioration de la pratique clinique est une méthode utilisée par les professionnels de santé en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé. Pour cela, il faut procéder à une étude approfondie des processus impliqués dans les soins cliniques et de leurs impacts. Le succès d'un projet d'amélioration de la pratique clinique dépend de l'équipe en charge de chacune des cinq étapes suivantes.

Phase de projet

Les membres de l'équipe doivent se demander ce qu'ils souhaitent régler ou accomplir. Pour cela, ils peuvent rédiger un énoncé ou un objectif de mission décrivant leur projet en quelques lignes. Les patients devraient toujours être considérés comme des membres de l'équipe. A ce stade, l'équipe devrait réfléchir au type de mesures qu'elle souhaite utiliser.

Phase de diagnostic

Certains problèmes sont gênants mais il pourrait ne pas s'avérer utile de les régler en raison des faibles avantages qui en découleraient. Par conséquent, l'équipe doit s'interroger sur l'intérêt de résoudre le problème identifié. L'équipe devrait déterminer l'étendue totale du problème en réunissant autant d'informations s'y rapportant que possible. Elle doit également comprendre les attentes des participants. Un exercice de brainstorming mené par l'équipe peut générer des changements conduisant à une amélioration. C'est au cours de cette phase qu'une décision doit être prise concernant la façon de mesurer les améliorations.

Phase d'intervention



A ce stade, l'équipe aura déjà identifié les problèmes et réfléchi aux solutions possibles. Chacune des solutions proposées devra être mise à l'épreuve par un processus par essais et erreurs, en ayant recours à des cycles PDCA pour tester les changements, en observer les résultats et conserver les aspects qui fonctionnent.

Phase d'impact et de mise en œuvre



C'est la phase au cours de laquelle il convient de mesurer et d'enregistrer les résultats des tests réalisés sur les interventions. Les interventions ont-elles changé quelque chose ?

Il faut mesurer les effets de tous les changements. C'est ainsi qu'il sera possible d'affirmer qu'un changement particulier a réellement fait une différence. Sinon, nous ne pourrions pas exclure la possibilité que toute évolution positive soit le fruit d'une coïncidence ou d'événements isolés. L'objectif est d'apporter un changement qui se traduise par une amélioration durable. Les données qui illustrent les résultats du changement peuvent être représentées sous forme de graphiques et au moyen de méthodes statistiques adaptées. Pour reprendre l'exemple de la façon d'étudier des étudiants, nous pouvons dire que les étudiants ont amélioré leur façon d'étudier s'ils ont réussi à appliquer la nouvelle façon de faire pendant plusieurs mois, sans revenir à leurs anciennes habitudes.

Phase de pérennisation et d'amélioration



Lors de cette phase finale, l'équipe doit choisir et élaborer un processus de surveillance de l'amélioration continue ainsi que des plans en la matière. Les améliorations d'aujourd'hui seront les défaillances de demain si rien n'est prévu pour en assurer la pérennité.

Cette phase peut prévoir la normalisation des processus et systèmes d'activités professionnelles existants ainsi que la documentation des politiques, procédures, recommandations et protocoles pertinents. Pour que le changement devienne une habitude, des mesures et une évaluation peuvent également avoir lieu à ce stade, ainsi que l'entraînement et la formation du personnel.

Exemple de projet d'amélioration de la pratique clinique

L'exemple de projet d'amélioration de la pratique clinique présenté ci-dessous aidera les étudiants à comprendre cet outil et son fonctionnement au cours du processus d'amélioration. Le cas à l'étude ici décrit un projet réalisé dans le cadre du programme d'amélioration de la pratique clinique mené par le Northern Centre for Health-care Improvement (centre pour l'amélioration des soins du Nord, Sydney, Nouvelle-Galles du Sud, Australie). Les noms de l'hôpital et des participants ont été supprimés. Le projet s'intitule *Réhabilitation rapide suite à une colectomie*.

L'équipe devait tout d'abord identifier précisément le problème à régler. La durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie est-elle plus longue qu'elle ne devrait ? L'énoncé de mission suivant a ensuite été convenu :

Réduire, en six mois, la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie de 13 à 4 jours dans l'hôpital où l'équipe travaille.

La prochaine étape du processus était de sélectionner l'équipe la mieux adaptée pour mener à bien ce projet. Les membres de l'équipe devaient disposer des connaissances de base nécessaires à l'exécution de la tâche.

Membres ayant une fonction d'encadrement :

- responsable médical ;
- cadre dirigeant de l'hôpital ;
- directeur des soins infirmiers de l'hôpital ;
- infirmier(ère) clinicien(ne) consultant(e) dans le domaine (gestion de la douleur) ;
- représentant des chirurgiens.

Membres de l'équipe du projet :

- infirmier(ère) clinicien(ne) consultant(e) dans le domaine, gestion de la douleur (chef d'équipe) ;
- chirurgien spécialisé en hépato-gastro-entérologie ;
- anesthésiste ;
- infirmier(ère) spécialisé(e) dans la prise en charge de la douleur aiguë ;
- infirmier(ère) clinicien(ne) en soins périopératoires ;
- IDE de chirurgie ;
- pharmacien ;
- kinésithérapeute ;
- diététicien ;
- patient.

Nous reviendrons sur cet exemple plus loin dans le chapitre.

Analyse des Causes Racines

Nombreux sont les hôpitaux et les services de santé qui utilisent, à l'heure actuelle, une méthode appelée *Analyse des Causes Racines* afin de déterminer les causes sous-jacentes aux événements indésirables associés aux soins (EIAS). L'Analyse des Causes Racines a d'abord été conçue dans le domaine de l'ingénierie. Elle est désormais utilisée dans de nombreux secteurs et notamment celui de la santé. Une Analyse des Causes Racines est réalisée après la survenue d'un EIAS en vue d'en découvrir les causes principales. En tant que telle, la méthode se concentre donc sur l'EIAS particulier et les circonstances qui l'entourent. Il y a toutefois de nombreuses leçons à tirer de ce processus rétrospectif qui permettront d'empêcher que des EIAS similaires ne se reproduisent.

Une Analyse des Causes Racines est un processus qui cherche à explorer tous les facteurs possiblement associés à un EIAS en s'interrogeant sur ce qui est arrivé, pourquoi c'est arrivé et ce qu'il faudrait faire pour que cela n'arrive plus.

Les professionnels de santé doivent être formés à cette méthode ainsi qu'à la méthodologie de l'amélioration de la pratique clinique. De nombreux pays ont introduit des programmes de formation visant à aider les professionnels de santé à développer les compétences nécessaires pour réaliser une Analyse des Causes Racines. Le Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA, Centre national des anciens combattants pour la sécurité des patients) et des hôpitaux australiens ont adapté l'Analyse des Causes Racines en vue de l'appliquer pour la recherche des causes des EIAS. Le modèle du VA sert d'exemple à des organisations de soins du monde entier.

Pour les professionnels de santé, il s'avère difficile de mener une Analyse des Causes Racines sans l'appui de leur organisation, notamment en termes de personnel, de temps et de soutien des responsables du service, des médecins et de la direction.

Le VA a d'ailleurs élaboré un guide à l'attention des professionnels de santé concernant les domaines à explorer et les questions à se poser pour mettre en lumière les facteurs susceptibles d'être associés à un incident.

- *Communication* : Le patient a-t-il été correctement identifié ? Les informations issues de l'évaluation du patient ont-elles été régulièrement partagées entre les membres de l'équipe de soins ?
- *Environnement* : L'environnement de travail a-t-il été conçu pour ses fonctions ? Une évaluation des risques environnementaux a-t-elle été réalisée ?
- *Matériel* : le matériel a-t-il été conçu pour l'utilisation prévue ? Un suivi de sécurité documenté sur le matériel a-t-il été rédigé ?
- *Barrières* : Quelles barrières et quelles vérifications

sont intervenues dans l'incident ? Ces barrières et vérifications ont-elles été mises au point pour protéger les patients, le personnel, le matériel ou l'environnement ?

- *Règles, politiques et procédures* : Existe-t-il un plan global de gestion pour identifier et gérer les risques ? Un audit a-t-il déjà été mené auparavant pour un événement similaire ? Le cas échéant, les causes avaient-elles été identifiées et des interventions efficaces élaborées et régulièrement mises en œuvre ?
- *Fatigue/planning de travail* : Les niveaux de vibration, de bruit et d'autres conditions environnementales étaient-ils appropriés ? Le personnel avait-il suffisamment dormi ?

Toutes les recommandations doivent porter sur les causes racines de l'EIAS. Elles doivent être spécifiques, concrètes et faciles à comprendre. Elles doivent également être réalistes ; leur mise en œuvre doit être possible. Il convient de définir clairement les rôles et responsabilités de chacun ainsi que le calendrier de mise en œuvre.

Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité

Contexte

L'objectif de l'AMDEC est de prévenir la survenue de problèmes liés au processus de soins. Elle a été élaborée par l'armée des États-Unis en tant que procédure militaire (MIL-P-1629) et est aujourd'hui connue sous le nom de Military Standard (norme militaire) 1629a (Procedures for performing a failure mode effects and criticality analysis) [10]. A son niveau le plus basique, l'AMDEC a pour objectif de déterminer l'effet d'une défaillance. Cette défaillance étant hypothétique, elle est exprimée en termes de probabilité de survenue et de gravité. Les équipes se servent ensuite de ces informations pour améliorer la qualité de leurs organisations respectives. C'est dans les années 1990 que la mise en œuvre d'améliorations de la qualité fondées sur l'AMDEC a réellement commencé dans le domaine de la santé. Depuis, l'utilisation de cette méthode s'est répandue, principalement dans le domaine des soins hospitaliers. Son utilisation accrue en santé s'explique en grande partie par le fait qu'elle est désormais utilisée par les organismes de certification des hôpitaux et par la traduction, dans un langage plus accessible pour les professionnels de santé, du langage technique de l'AMDEC.

AMDEC : vue d'ensemble

L'AMDEC est une approche qui cherche à détecter et identifier les défauts potentiels d'une organisation et à mettre en place des stratégies de protection contre la survenue de ces erreurs. Elle n'est habituellement qu'une composante au sein d'un effort plus vaste d'amélioration de la qualité dans une organisation. Elle implique un processus en trois étapes :

1. Évaluation des risques
 - a) Identifier les facteurs de risque : évaluer les preuves selon lesquelles le processus en question entraîne des dommages.
 - b) Analyser les systèmes : décrire l'intégralité du processus de soins existant et identifier les risques de dommages potentiels associés. C'est au cours de cette étape que l'AMDEC est réalisée.
 - c) Caractériser les risques : intégrer les résultats des deux étapes précédentes. Les hypothèses, les incertitudes et les jugements sont présentés ici. Selon les autorisations, une liste des mesures à prendre pour réduire les risques est ensuite élaborée.

2. Mise en œuvre

3. Évaluation

Connaissances et compétences de base

Afin de comprendre les fondamentaux de l'AMDEC, les étudiants doivent saisir le concept de description des processus et le rôle du travail en équipe.

La description des processus est utilisée dans tous les domaines de production. En santé, elle permet d'identifier toutes les étapes de la délivrance des soins et d'obtenir une vue d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement du service de santé.

Les équipes chargées de la résolution des problèmes ont pour objectif de réfléchir à toutes les façons dont les différentes étapes d'un processus de soins pourraient échouer. Dans le cadre des AMDEC, les équipes peuvent quantifier les modes de défaillances en multipliant les scores de gravité, d'occurrence et de détection afin d'obtenir un indice de priorité des risques. Chacun des trois quantificateurs est généralement évalué sur une échelle de 1 à 10. L'indice de priorité des risques facilite le classement, ce qui permet aux équipes chargées de la résolution des problèmes d'orienter leurs efforts sur les éléments du processus qu'il convient de traiter le plus rapidement.

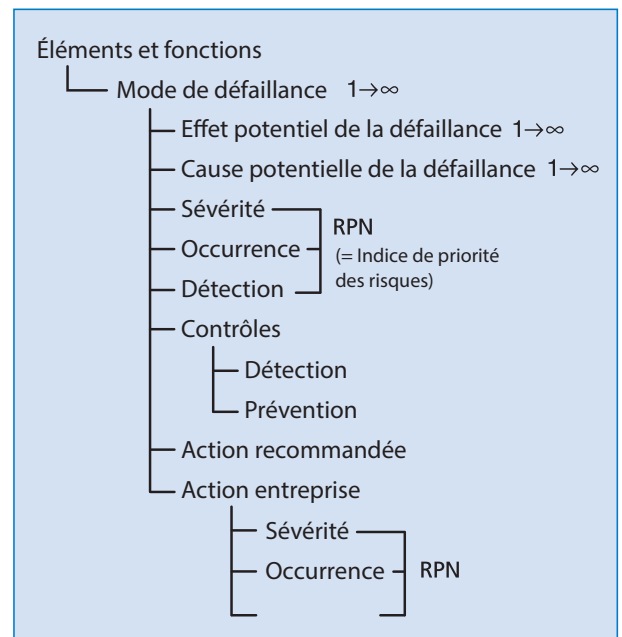
Réaliser une AMDEC est une activité fondée sur le travail en équipe qui peut prendre de très nombreuses séances et demander des heures de discussion. L'un des points essentiels de cette méthode (et d'autres) est que la résolution du problème a lieu au sein d'équipes composées de personnes disposant d'une grande variété de compétences et d'expertise et issues de différents contextes. Les groupes sont plus efficaces que les individus pour résoudre les problèmes, notamment lorsque les tâches sont complexes et nécessitent de prendre en considération et d'intégrer de nombreux éléments. En outre, les décisions prises en groupe suite à une discussion placée sous le signe de la coopération et du respect sont toujours meilleures que les décisions prises par des individus ou des groupes qui suivent la règle de la majorité [11].

La question à examiner est abordée lors de la phase d'orientation puis évaluée par l'équipe. Enfin, une

décision est prise quant à l'action à entreprendre. Pour être efficaces, les équipes chargées de la résolution des problèmes définissent un objectif de travail, permettent à tous les membres d'exprimer librement leurs opinions et garantissent l'examen et la comparaison des opinions et des solutions alternatives. Dans les équipes efficaces, les membres s'écoutent et se soutiennent.

Il existe de nombreux modèles et formats d'AMDEC. Tous suivent la même structure de base illustrée à la Figure B.7.3.

Figure B.7.3.
Éléments et fonctions de l'AMDEC



Source : FMEA [site Internet] <http://www.fmea-fmeca.com/index.html> [12].

L'indice de priorité des risques est une mesure utilisée dans l'évaluation du risque afin d'identifier les modes de défaillances critiques associés à la planification ou à la réalisation. Ses valeurs vont de 1 (le meilleur) à 1 000 (le pire). L'indice de priorité des risques de l'AMDEC est utilisé dans l'industrie automobile et est quelque peu similaire aux indices de criticité utilisés dans la norme militaire américaine Mil-Std-1629A qui régit la réalisation des AMDEC. Le graphique ci-dessus montre les facteurs qui composent cet indice et comment ce dernier est calculé pour chaque mode dégradé [12].

Outils d'évaluation des problèmes sous-jacents et des progrès accomplis

Les outils d'organisation et d'analyse des données présentés ici sont couramment utilisés dans le cadre des efforts d'amélioration de la qualité en santé. Ils sont tous relativement simples à utiliser.

Bon nombre de services de santé, tels que les hôpitaux et les centres de soins recueillent et utilisent systématiquement les données relatives aux services délivrés. En outre, ils réalisent des analyses statistiques des données afin de rendre compte de leur activité aux autorités sanitaires locales ou au directeur de l'organisation de santé en question. Les logigrammes, les diagrammes cause-effet (ou diagramme d'Ishikawa, dit parfois « en arête de poisson »), les diagrammes de Pareto et les graphiques de fréquence-temps, tous utilisés dans le cadre de l'amélioration de la qualité, sont décrits ci-dessous.

Logigrammes

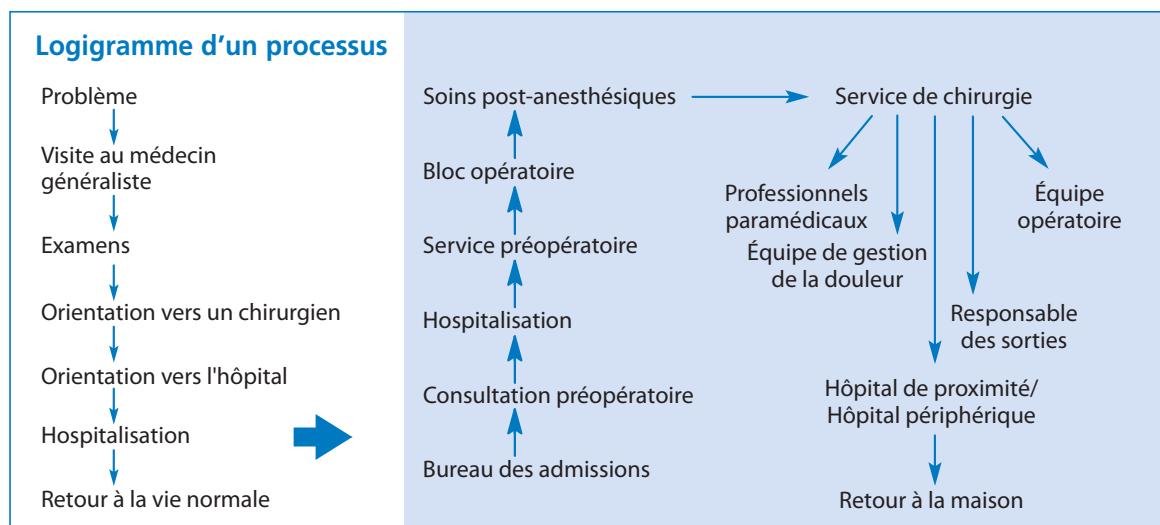
Les logigrammes permettent à l'équipe de comprendre le phasage de soins délivrés aux patients (procédure ou traitement particulier par exemple). C'est une méthode de représentation graphique qui montre toutes les étapes ou composantes d'un processus. Les systèmes de santé sont très complexes. Avant de pouvoir résoudre un problème, il faut comprendre comment les différentes composantes du système en question s'imbriquent et fonctionnent. Un logigramme est plus précis lorsque plusieurs personnes participent à son élaboration. Une seule personne ne connaît peut-être pas l'éventail des actions qui ont lieu dans une situation donnée ou n'a peut-être pas accès à la documentation relative aux services délivrés. C'est pourquoi il lui serait très difficile de réaliser un logigramme. Lorsque plusieurs membres d'une équipe prennent part à leur conception, les logigrammes constituent un moyen efficace de schématiser les tâches réelles des professionnels, et non ce que les autres pensent qu'ils font.

Les actions décrites par les membres de l'équipe peuvent différer de la position officielle de l'organisation. Il est néanmoins important que le logigramme illustre la réalité. Le logigramme ainsi créé pourra alors servir de point de référence et de langage communs à tous les membres de l'équipe. Bien conçu, un logigramme donne une représentation précise d'un processus. Il décrit ce qui se passe réellement, et non ce qu'une ou plusieurs personnes souhaitent.

Il existe deux types de logigrammes, à savoir les logigrammes généraux et les logigrammes détaillés. Les deux types présentent différents avantages. Ils peuvent être utilisés pour expliquer les processus impliqués dans la délivrance des soins. Ils peuvent également permettre d'identifier les étapes qui n'ajoutent aucune valeur au processus, notamment les retards, les problèmes de communication, la conservation et le transport inutiles, les tâches superflues, les doublons et autres dépenses supplémentaires. Grâce aux logigrammes, les professionnels de santé partagent une compréhension du processus et mettent ces connaissances à profit pour recueillir des données, identifier les problèmes et les ressources, et orienter les discussions. Ces logigrammes servent de base à la mise au point de nouvelles façons de dispenser les soins de santé. Les professionnels de santé qui documentent le processus en question acquièrent également une compréhension plus approfondie des rôles et des fonctions de chacun.

Tous les logigrammes ne sont pas identiques. La Figure B.7.4 montre un logigramme conçu par l'équipe qui souhaite réduire, en six mois, la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie de 13 à 4 jours.

Figure B.7.4. Exemple de logigramme



Source : Example of a flow chart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

Diagrammes cause-effet

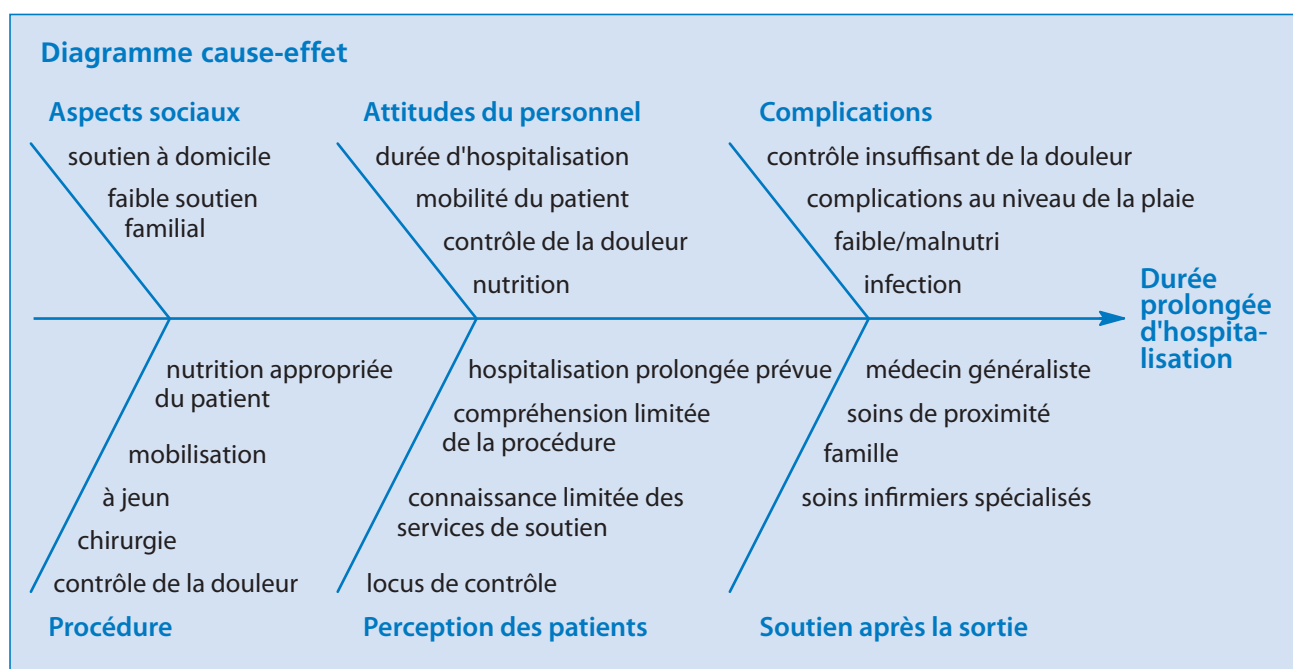


Les diagrammes cause-effet servent à explorer et afficher toutes les causes possibles d'un effet observé. On parle également de diagramme d'Ishikawa ou encore « en arête de poisson ». Un diagramme cause-effet représente la relation entre les causes et l'effet et la relation des causes entre elles. Il peut être utilisé pour identifier les multiples facteurs susceptibles de contribuer à un effet. Ce type de diagramme aide une équipe à se concentrer sur les domaines à améliorer. Le contenu de chaque partie du diagramme est généré par les membres de l'équipe lors d'une réflexion commune sur les

causes possibles. Le diagramme d'Ishikawa illustré à la Figure B.7.5 est le résultat d'une séance de brainstorming d'une équipe de professionnels de santé souhaitant réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie.

Revenons au projet d'amélioration de la pratique clinique mené par l'équipe qui essaie de réduire la durée d'hospitalisation des patients suite à une colectomie. Un diagramme cause-effet a été utilisé pour identifier les facteurs qui, d'après les membres de l'équipe, entrent en jeu dans la durée d'hospitalisation des patients.

Figure B.7.5. Exemple de diagramme cause-effet



Source : Example of a flowchart from: Accelerated Recovery Colectomy Surgery (ARCS) North Coast Area Health Service, Australia.

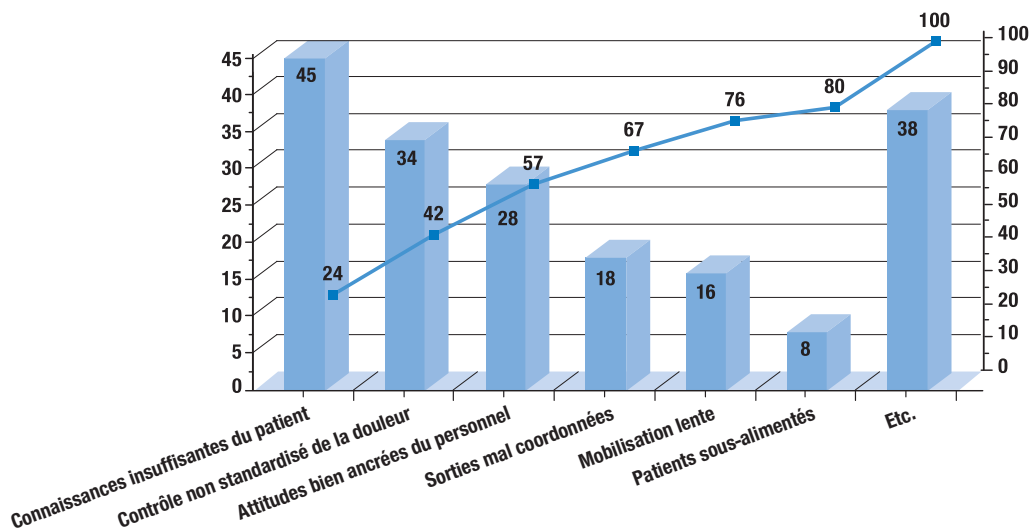
Diagrammes de Pareto



Dans les années 1950, le Dr Joseph Juran [13] a employé le terme *loi de Pareto* pour expliquer qu'une grande partie des problèmes de qualité sont attribuables à un petit nombre de causes. Le principe selon lequel quelques facteurs contributifs génèrent la plus grande partie d'un effet permet d'orienter les efforts de résolution des problèmes de l'équipe. Cela passe par la hiérarchisation des problèmes, en soulignant le fait que la plupart des problèmes sont affectés par seulement quelques facteurs et en indiquant quels problèmes résoudre et dans quel ordre.

Un diagramme de Pareto est un diagramme en bâtons dans lequel les multiples facteurs qui génèrent l'effet global sont représentés par ordre décroissant selon l'ampleur relative de leur effet. Déterminer l'ordre des facteurs est une étape importante car cela permet à l'équipe de concentrer ses efforts sur les facteurs ayant le plus grand impact. Cela aide également l'équipe à expliquer le raisonnement qui sous-tend ses choix.

Figure B.7.6. Exemple de diagramme de Pareto



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Graphiques de fréquence-temps



La Figure B.7.7 illustre un graphique de fréquence-temps produit par l'équipe d'un hôpital qui surveille les améliorations dans le temps. Les graphiques de fréquence-temps représentent des données collectées sur une période de temps qui peuvent aider l'équipe à déterminer si un changement s'est traduit, à terme, par une amélioration ou si les résultats observés ne constituent qu'une fluctuation aléatoire (pouvant

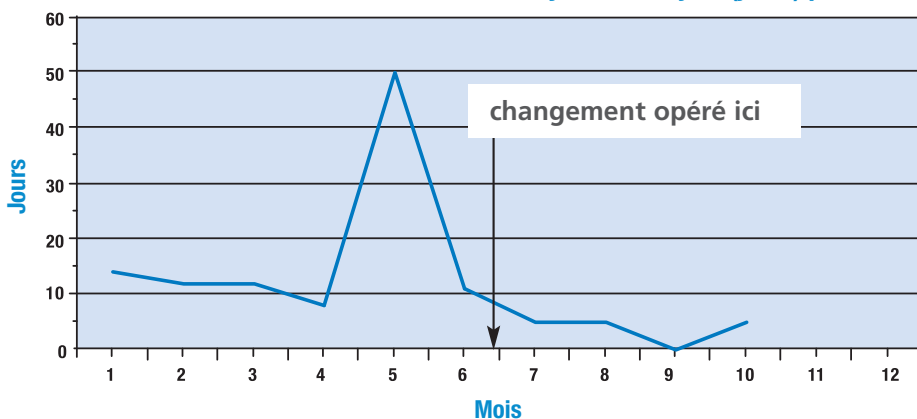
être interprétée, à tort, comme une amélioration importante). Ces graphiques permettent de détecter une éventuelle tendance. On parle de tendance lorsqu'une série de points consécutifs ne cesse de diminuer ou d'augmenter.

Les graphiques de fréquence-temps aident les équipes à évaluer les résultats d'un processus donné et à déterminer quand un changement a entraîné une réelle amélioration.

Figure B.7.7. Exemple de graphique de fréquence-temps

Graphique de fréquence-temps

Durée moyenne du séjour (jours) par mois



Source : Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 1996 [4].

Histogrammes

Les histogrammes sont une représentation graphique faite de bandes rectangulaires juxtaposées (en bâtons). Un histogramme est une représentation graphique de la distribution de probabilité d'une variable qui montre la fréquence des données dans des domaines définis.

Stratégies de pérennisation des améliorations



Parvenir à une amélioration ne constitue pas la fin du processus. L'amélioration doit s'inscrire dans la durée. Cela implique de la mesurer et de l'ajuster continuellement via des cycles PDCA. L'équipe qui souhaitait réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie a identifié les stratégies suivantes :

- documenter la durée d'hospitalisation de chaque patient ;
- calculer mensuellement la durée moyenne d'hospitalisation ;
- afficher, chaque mois, un graphique de fréquence-temps dans les salles d'opération ;
- organiser des réunions bimensuelles afin de discuter des évolutions positives et négatives ;
- affiner continuellement les chemins cliniques ;
- faire part des résultats à la gouvernance locale ;
- diffuser ces pratiques auprès de toutes les équipes opératoires de l'hôpital et de la région.

En mettant en œuvre ces stratégies, l'équipe est parvenue à réduire la durée d'hospitalisation des patients bénéficiant d'une colectomie au sein de son hôpital. Elle a ainsi amélioré la qualité des soins des patients en réduisant de façon significative les risques d'infection et en accélérant le rétablissement. Un avantage financier a également été observé. L'équipe devait ensuite pérenniser ces améliorations. Elle a donc prévu de continuer à surveiller la durée d'hospitalisation de ces patients et elle analysera chaque mois les données recueillies.

Résumé

Il existe des preuves irréfutables que l'utilisation, par les professionnels de santé, de méthodes et d'outils d'amélioration de la qualité permet d'améliorer les soins aux patients et de minimiser les erreurs. Ce n'est qu'en appliquant ces méthodes et ces outils que les efforts des équipes soignantes se traduiront réellement par des améliorations durables des soins. Le présent module a présenté les méthodes d'amélioration de la qualité et décrit un éventail d'outils utilisés dans le domaine. Ces outils peuvent facilement être utilisés dans n'importe quel milieu, un hôpital local ou le bloc opératoire chargé d'un grand hôpital urbain.

Stratégies d'enseignement

Il peut s'avérer difficile d'enseigner les méthodes d'amélioration de la qualité aux étudiants car, pour cela, il faut des professionnels de santé qui ont déjà eu recours aux outils et connaissent les avantages

associés à leur utilisation. La meilleure façon d'enseigner ce module est de demander aux étudiants d'utiliser les outils d'amélioration de la qualité, d'une part, et d'organiser des séances d'encadrement individuelles consacrées aux méthodes d'amélioration de la qualité, d'autre part. Il convient également d'encourager les étudiants à participer à des projets existants pour faire l'expérience du travail en équipe que ces projets impliquent et observer l'amélioration significative des résultats des patients en cas d'utilisation de ces méthodes.

Différentes stratégies peuvent être employées pour enseigner ce module.

Exposé interactif/didactique



Ce module contient beaucoup d'informations théoriques et concrètes pouvant être communiquées lors d'un exposé interactif didactique. Les diaporamas disponibles sur le site Internet de l'OMS pourront vous guider afin de couvrir l'ensemble du module. Il est possible d'utiliser les présentations PowerPoint ou de convertir les diapositives pour les diffuser à l'aide d'un rétroprojecteur.

Discussions avec un échantillon de professionnels

Invitez un groupe de professionnels de santé ayant utilisé une méthode d'amélioration (amélioration de la pratique clinique, Analyse des Causes Racines ou AMDEC) à parler du processus d'amélioration et à dire si ces méthodes leur ont donné des perspectives nouvelles. Ce groupe devrait également comprendre des patients souhaitant exprimer leur point de vue. Les contributions des patients sont irremplaçables. C'est pourquoi certaines organisations les incluent dans les équipes chargées de réaliser une Analyse des Causes Racines ou une amélioration de la pratique clinique.

Discussion en petits groupes



La classe peut être divisée en petits groupes. Demandez ensuite à trois étudiants de chaque groupe de mener une discussion sur l'amélioration de la qualité en général ainsi que sur les avantages des méthodes d'amélioration de la qualité et quand il convient de les utiliser.

Exercices de simulation



Divers scénarios pourraient être élaborés pour les étudiants, notamment la mise en pratique de techniques de brainstorming et/ou la conception d'un graphique de fréquence-temps, d'un diagramme cause-effet ou d'un histogramme.

Autres activités d'enseignement et d'apprentissage

La meilleure façon d'enseigner ce module est de demander aux étudiants de s'exercer à utiliser les techniques et les outils d'amélioration de la qualité dans le cadre de projets personnels d'auto-amélioration. Voici des exemples de projets d'auto-amélioration :

- mettre au point une façon d'étudier plus efficace ;
- passer plus de temps avec sa famille ;
- arrêter de fumer ;
- perdre ou prendre du poids ;
- effectuer plus de tâches ménagères.

Les étudiants peuvent appliquer le cycle PDCA à leurs situations personnelles et, ainsi, mieux comprendre ce processus. Les méthodes et les principes utilisés seront pertinents plus tard dans leur travail. Les étudiants peuvent commencer à manipuler les outils pour en comprendre l'utilisation et s'ils sont utiles dans le cadre de leurs projets personnels.

C'est lorsque les étudiants observent un processus d'amélioration de la qualité ou y participent qu'ils apprennent le mieux. Les étudiants doivent donc demander à leurs formateurs, superviseurs ou autres professionnels de santé de leur établissement de mener régulièrement des projets d'amélioration de la qualité. Ils peuvent également identifier les responsables au sein d'un service et leur demander l'autorisation d'observer une activité d'amélioration de la qualité.

Après ces activités, il convient de demander aux étudiants de se réunir par deux ou en petits groupes afin de discuter avec un tuteur ou professionnel de santé de ce qu'ils ont observé, d'examiner si les caractéristiques ou techniques qu'ils ont apprises étaient présentes ou non, et si elles se sont avérées efficaces.

Enseigner l'Analyse des Modes de Défaillances, de leurs effets et de leur Criticité

Avant de pouvoir apprendre l'AMDEC, les étudiants doivent montrer qu'ils maîtrisent la conception de diagrammes de représentation des processus. La partie de ce module consacrée à l'AMDEC doit être enseignée en deux parties. La première partie est un exposé. Au cours de cet exposé, le formateur aura pour objectif de présenter les principes fondamentaux de l'AMDEC aux étudiants. L'exposé devrait également être l'occasion d'expliquer comment élaborer un tableau AMDEC basique grâce à un simple diagramme de processus et comment identifier les multiples modes de défaillances potentiels et causes par élément ou fonction. Il convient aussi de donner des exemples d'échelles d'évaluation de la gravité et de la fréquence.

La deuxième partie est une étude de cas. Les étudiants devraient être répartis en groupes d'au moins quatre personnes. Les groupes plus grands sont en réalité plus efficaces car ils incluent davantage de points de vue divergents. Les étudiants devront donc redoubler d'effort pour parvenir à un consensus. L'étude de cas proposée doit être adaptée au groupe professionnel. Chaque groupe a pour objectif de réaliser une AMDEC basée sur l'étude de cas. Cela ne devrait pas leur prendre plus de 30 minutes. Le but

n'est pas de mener le processus à terme mais de permettre aux étudiants de mettre en pratique ce qu'ils ont appris. Chaque groupe présente ensuite son AMDEC, les problèmes étant classés selon l'indice de priorité des risques, du plus important au moins important.

Outils et ressources documentaires



Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.

Reid PP *et al.*, eds. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, DC, National Academies Press, 2005 (http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=11378 ; consulté le 21 février 2011).

Bonnabry P *et al.* Use of a prospective risk analysis method to improve the safety of the cancer chemotherapy process. *International Journal for Quality in Health Care*, 2006; 18: 9–16.

Analyse des Causes Racines

Root cause analysis. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety, 2010 (<http://www.va.gov/NCPS/rca.html> ; consulté le 21 février 2011).

Guide de l'amélioration clinique

Easy guide to clinical practice improvement: a guide for health professionals. New South Wales Health Department, 2002 (http://www.health.nsw.gov.au/resources/quality/pdf/cpi_easyguide.pdf ; consulté le 21 février 2011).

Mozena JP, Anderson A. *Quality improvement handbook for health-care professionals*. Milwaukee, WI, ASQC Quality Press, 1993.

Daly M, Kermode S, Reilly D Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse*, 2009, 31:98-107.

Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité

McDermott RE, Mikulak RJ, Beauregard MR. *The basics of FMEA*, 3rd ed. New York, CRC Press, 2009.

Évaluation des connaissances de ce module

Différentes méthodes sont adaptées pour ce module. Il est possible de proposer aux étudiants de mener un projet d'auto-amélioration et de faire part de leur expérience ou de rédiger une dissertation sur une activité d'amélioration qu'ils ont observée ou à laquelle ils ont participé.

Évaluation de l'enseignement de ce module

L'évaluation est une étape importante pour examiner le déroulement d'une session de formation et déterminer les améliorations à apporter. Pour un résumé des principes fondamentaux de l'évaluation, reportez-vous au Guide du formateur (Partie A).

Références

1. Emanuel L *et al.* What exactly is patient safety? In: Henriksen K *et al.*, eds. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008;219-235.
2. Davidoff F, Batalden P. Toward stronger evidence on quality improvement: draft publication guidelines: the beginning of a consensus project. *Quality & Safety in Health Care*, 2005, 14:319–325.
3. Lundberg G, Wennberg JA. JAMA theme issue on quality in care: a new proposal and a call to action. *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:1615–1618.
4. Langley GJ, Nolan KM, Norman CL, Provost LP, Nolan TW. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, NY; Jossey-Bass, 1996.
5. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *Journal of Medical Education*, 1973, 48:436-441.
6. Nolan TW *et al.* *Reducing delays and waiting times throughout the health-care system*, 1st ed. Boston, MA, Institute for Healthcare Improvement, 1996.
7. Walton, M. *The Deming management method*. New York, Penguin Group, 1986.
8. Source : Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>; consulté le 21 février 2011).
9. White SV, James B. Brent James on reducing harm to patients and improving quality. *Healthcare Quality*, 2007, 29:35-44.
10. Military standard procedures for performing a failure mode, effects and criticality analysis (http://goes-r.gov/procurement/antenna_docs/reference/MIL-STD-1629A.pdf ; consulté le 21 février 2011).
11. Bales, RF, Strodtbeck FL. Phases in group problem-solving. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1951, 46, 485-495.
12. FMEA [site Internet] (<http://www.fmea-fmeca.com/index.html> ; consulté le 18 novembre 2010).
13. Juran J. *Managerial breakthrough*. New York, McGraw-Hill, 1964.

Diaporamas pour le Module 7 : Introduction aux méthodes d'amélioration de la qualité

En général, les exposés didactiques ne constituent pas la meilleure façon d'enseigner la sécurité des patients aux étudiants. En cas d'exposé, il est intéressant de permettre aux étudiants d'agir entre eux et d'échanger leurs points de vue pendant le cours. Pour lancer une discussion de groupe, vous pouvez vous appuyer sur une étude de cas par exemple. Vous pouvez également poser aux étudiants des questions sur différents aspects des soins de santé qui feront ressortir les points abordés dans ce module, comme les principes de gestion du changement et l'importance d'effectuer des mesures.

Les diaporamas du Module 7 ont pour objectif d'aider le formateur à en transmettre le contenu. Ils peuvent être modifiés et adaptés à la culture et au contexte locaux. Les enseignants peuvent choisir de ne pas utiliser toutes les diapositives. Il est d'ailleurs préférable d'adapter ces dernières aux domaines couverts lors de la session de formation.