



ASPIRE

Advancing Safety *for* Patients In Residency Education



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Modèle d'amélioration continue de la qualité

Marie-Astrid Lefebvre, MD, MSc, FRCPC
Pédiatre-Infectiologue, Hôpital de Montréal pour enfants,
CUSM

Journée d'éducation 2024 - PCI Qc, 19 avril 2024



Je n'ai aucune affiliation (financière ou autre) avec une entreprise pharmaceutique, un fabricant d'appareils médicaux ou un cabinet de communication.



Marie-Astrid Lefebvre, MD, MSc, FRCPC

19 avril 2024

À la fin de cette session, les participants seront en mesure de:

1. Énumérer les principes du Modèle d'amélioration continue de la qualité.
2. Savoir utiliser les différents outils d'évaluation des problèmes reliés à la qualité des soins / sécurité des patients.
3. Identifier les opportunités d'enseignement du Modèle d'amélioration continue de la qualité.



Vous voulez améliorer la qualité des soins et pouvoir l'enseigner mais...par où commencer???

ASPIRE

Advancing Safety for
Patients In Residency Education

D'abord et avant tout, il faut qu'il existe un problème de qualité des soins...

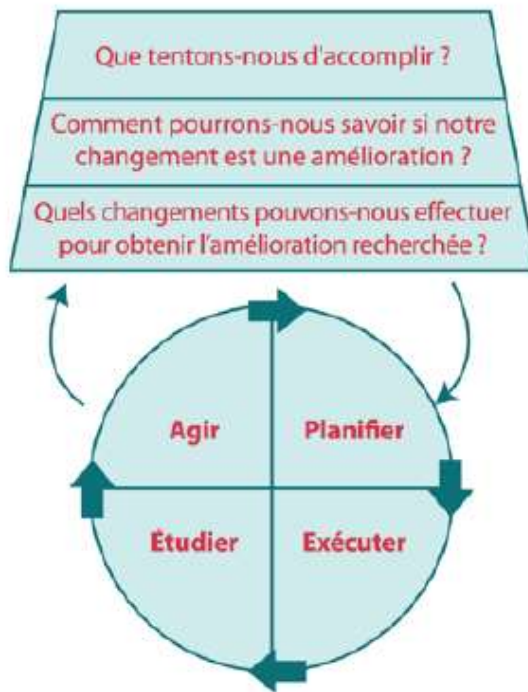
... mais les problèmes surgissent lorsqu'on commence à creuser!



Domaine de la qualité	Opportunités d'amélioration de la qualité
Sécurité	Améliorer la sécurité des services de santé
Efficacité	Améliorer le flux des travaux, réduire l'erreur dans les transferts
Orientation patient (soins centrés sur le patient)	Améliorer les résultats pour les patients ou les populations
Caractère opportun (soins doivent être prodigués au bon moment)	Réduire les temps d'attente
Efficiencia	Améliorer le rendement du système de santé
Équité (soins doivent être prodigués de manière équitable)	Améliorer l'accès aux services de santé

- **Modèle d'amélioration** (Institute for Healthcare Improvement)
 - Modèle très versatile qui peut être utilisé pour la plupart des problèmes de qualité/sécurité des soins
- **Lean**
 - À utiliser pour les problèmes d'efficience, de temps d'attente et pour réduire les gaspillages
- **Six Sigma**
 - À utiliser pour les problèmes d'efficacité (réduire la variation dans un processus)

MODÈLE D'AMÉLIORATION



Cycle PEÉA (PDSA)

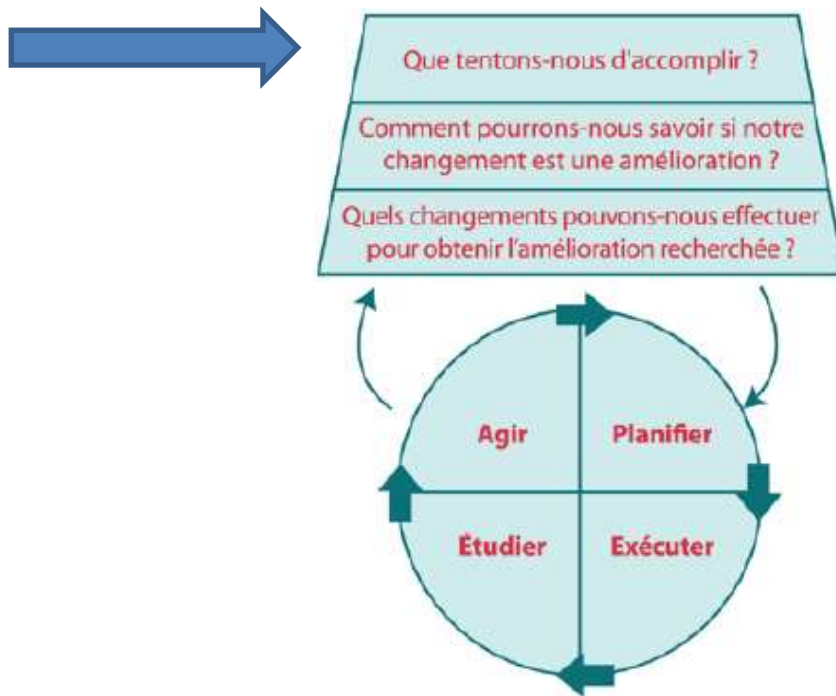
<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>.

- Revue de littérature – votre problème s’est probablement déjà produit ailleurs!
- Domaine(s) de la qualité affecté par le problème
- Conséquences du problèmes, surtout pour les patients (ex. morbidité, mortalité, ↑ durée du séjour, etc...)
- Quantifier le problème localement: données de base (ex. 10-15 audits de dossiers, 1-2 études de prévalence ponctuelles)
- Contexte organisationnel qui favorise le problème
- Y a-t-il eu d’autres initiatives d’amélioration qui ont tenté de régler ce problème? Si oui, pourquoi ont-elles échoué?

- Utilisation inappropriée des cathéters urinaires dans les unités de médecine interne à l'Hôpital Mount Sinai, Toronto, ON
 - Études de prévalence ponctuelles:
 - Août 2013: 76%
 - Mars 2014: 88%
 - Août 2015: 75%
- Risques pour la sécurité des patients: infections des voies urinaires associées aux cathéters, ↓ mobilité des patients, ↑ chutes

- Ordonnance collective pour enlever les cathéters urinaires implantée en mai 2015 – peu utilisée par les infirmières:
 - Peu d'enseignement
 - N'a pas été testée avant d'être implantée
 - Infirmières pas impliquées dans le processus décisionnel
 - Changement drastique au niveau des habiletés des infirmières

MODÈLE D'AMÉLIORATION

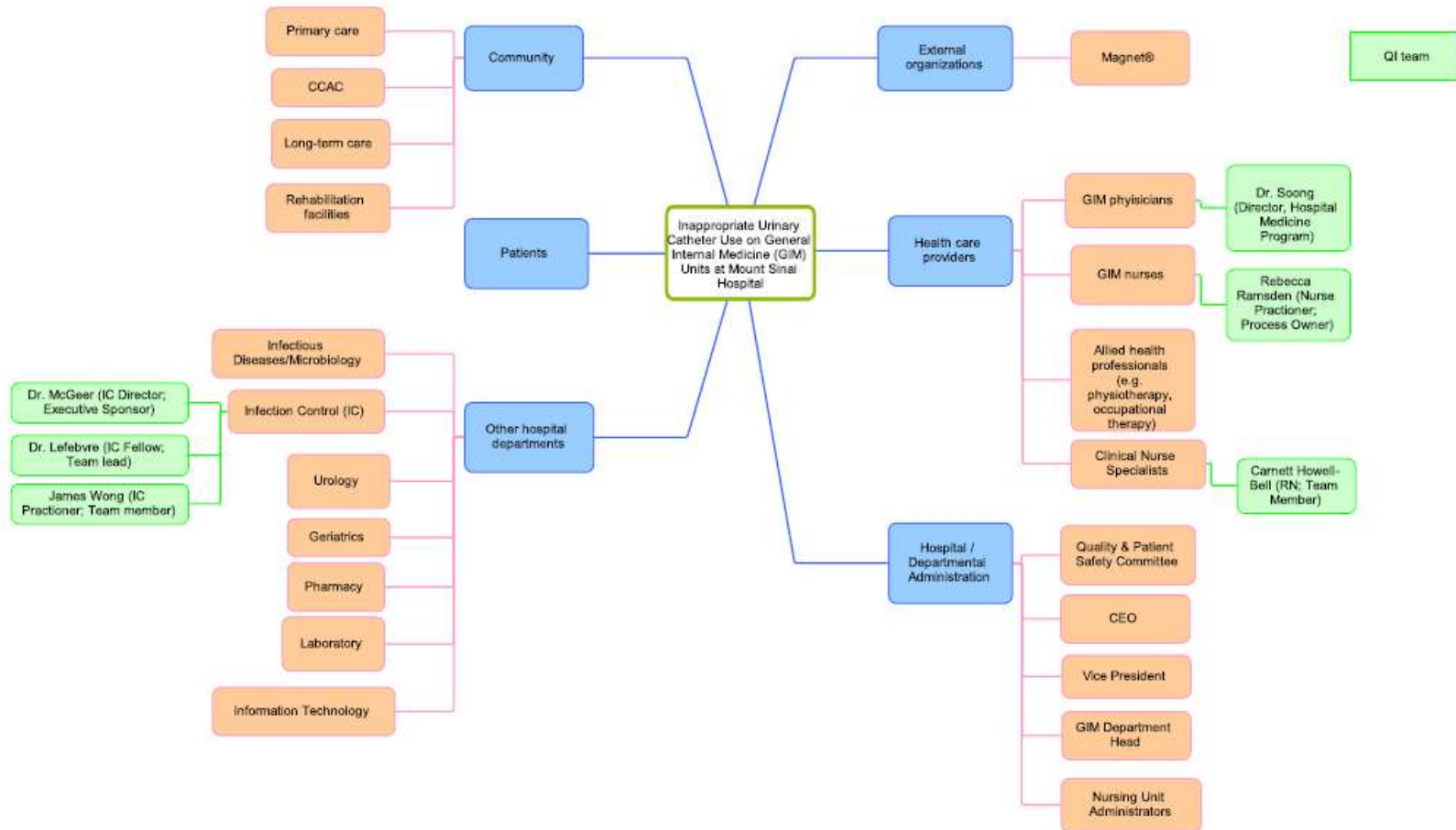


<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>

Accédé le 27 octobre 2019.

- Doit être formée au tout début du projet
- Membres clés:
 - **Commanditaire exécutif:** un membre de l'équipe de direction qui sera responsable du projet, qui éliminera les obstacles et qui garantira les ressources nécessaires. Il doit signer votre chartre de projet.
 - **Chef d'équipe:** personne responsable de la progression quotidienne du projet.
 - **Responsable de processus:** personne occupant un poste de gestion responsable du processus en cours d'amélioration (peut être le chef d'équipe ou une autre personne).
 - **Conseiller en amélioration:** personne qui fournit de l'expertise en amélioration de la qualité aux autres membres de l'équipe (peut être le chef d'équipe ou une autre personne).
 - **Membres de l'équipe:** membres du personnel de première ligne qui sont les plus familiers avec le processus

Cartographie des parties prenantes - exemple

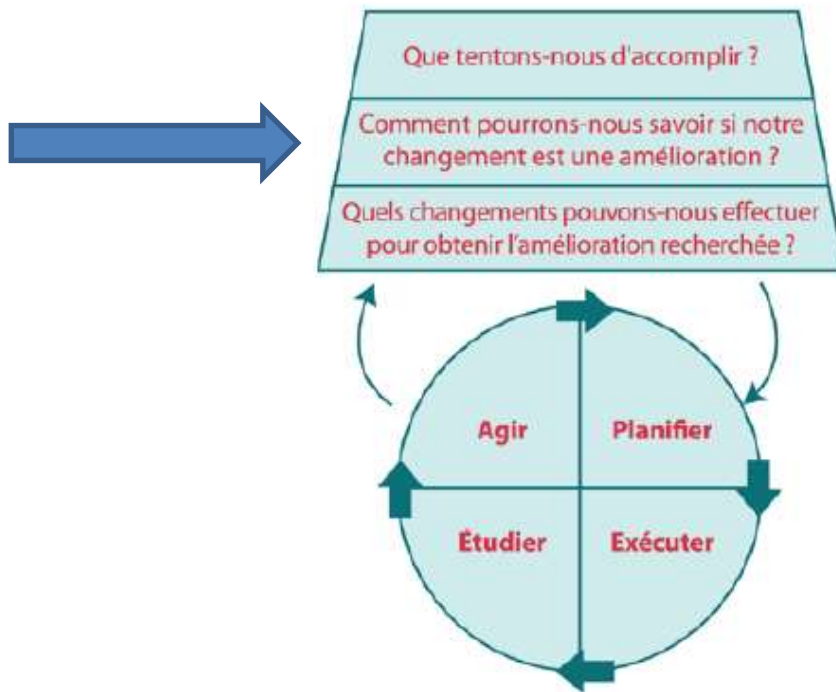


- Titre doit indiquer qu'il s'agit d'un projet d'amélioration de la qualité
 - Ex: Réduire la surutilisation des cathéters urinaires dans les unités de médecine interne à l'Hôpital Mount Sinai: une initiative Ex: d'amélioration de la qualité
- Portée et limites: définissent le processus ciblé par le projet
 - **Portée du projet:** l'utilisation des cathéters urinaires chez les patients hospitalisés dans les unités de médecine interne à l'Hôpital Mount Sinai
 - **Hors de portée:** autres unités d'hospitalisation, techniques d'insertion des cathéters urinaires, autres dispositifs invasifs

- L'énoncé de l'objectif définit:
 - L'indicateur de mesure qui sera utilisé pour le projet
 - (Les données de base pour cet indicateur)
 - L'objectif établi par l'équipe
 - La date de réalisation de l'objectif
- **SMART**: **S**pécifique (précis), **M**esurable, **A**tteignable, **R**éaliste, limité dans le **T**emps
- Un bon énoncé de l'objectif doit répondre aux questions suivantes:
Quoi? Par combien? D'ici quand?

- ✓ Diminuer la prévalence d'utilisation des cathéters urinaires de 50% chez les patients hospitalisés dans les unités de médecine interne à l'Hôpital Mount Sinai Hospital d'ici le 1^{er} juin 2016
- ✓ Augmenter le taux d'hygiène des mains des médecins consultants de 60% à 80% d'ici 3 mois dans l'Unité de soins néonataux de l'Hôpital de Montréal pour enfants
- X Grâce à la mise en place de l'ensemble des pratiques exemplaires, nous diminuerons le taux de bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux

MODÈLE D'AMÉLIORATION



<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>

- **Indicateurs de résultats:**

- Établis en fonction de l'objectif du projet (cité dans l'énoncé de l'objectif)
- Un projet peut en avoir 1 à 3
- Ex. taux d'infection du site opératoire, temps d'attente, délai d'exécution d'un test

- **Indicateurs de processus:**

- Permettent de vérifier si une intervention a produit l'effet désiré
- Établis selon l'intervention qui sera testée
- Ex. taux d'adhésion à l'ensemble des pratiques exemplaires pour prévenir les infections du site opératoire, % d'utilisation d'une liste de contrôle (checklist)

- **Indicateurs d'équilibre:**

- Établis pour s'assurer que les changements apportés n'ont pas de conséquences indésirables sur d'autres secteurs du système
- Il faut toujours en avoir minimum 1
- Ex. Taux de réinsertion des cathéters urinaires, taux de réadmission, durée de la tournée des patients

ASPIRE Charte de projet d'amélioration de la qualité (1)

Charte d'amélioration de la qualité OUTIL

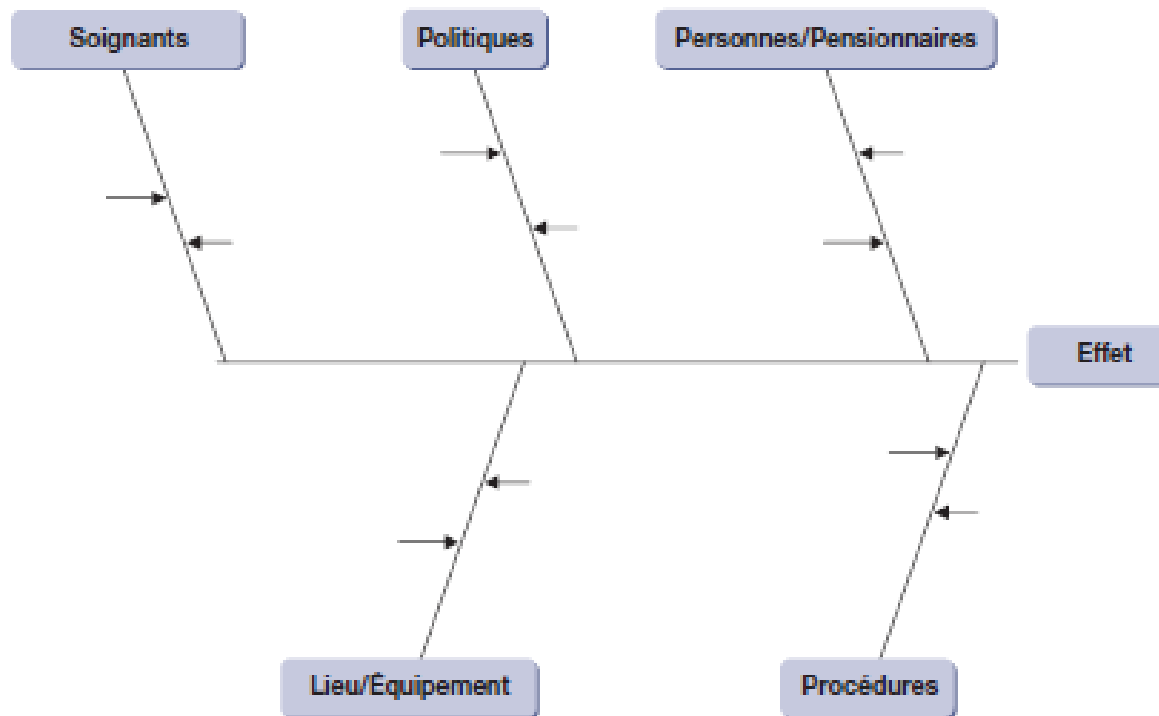
Titre du projet :	Organisme ou site :
Cadre délégué :	Responsable(s) de l'équipe :
Membres de l'équipe :	
Avantages pour les clients/patients/résidents :	
Enoncé du problème : (En quoi consiste le problème de qualité au sein de l'organisme?)	
Enoncé de l'objectif : (Qu'essayons-nous d'accomplir? Dans quel laps de temps? Objectif numérique de l'amélioration.)	
Mesures : (Comment saurons-nous si nous nous améliorons?)	
<ul style="list-style-type: none"> • Mesures du résultat • Mesures du processus • Mesures de pondération 	
Idées de changement : (Que pourrions-nous faire pour améliorer nos façons de procéder?)	
Analyse de rentabilisation : (Réduira-t-on les coûts de l'organisme et/ou du système de santé en réglant le problème?)	
Lien avec la stratégie de l'organisation :	
Durée du projet : (Dates du début et de la fin)	Budget du projet :

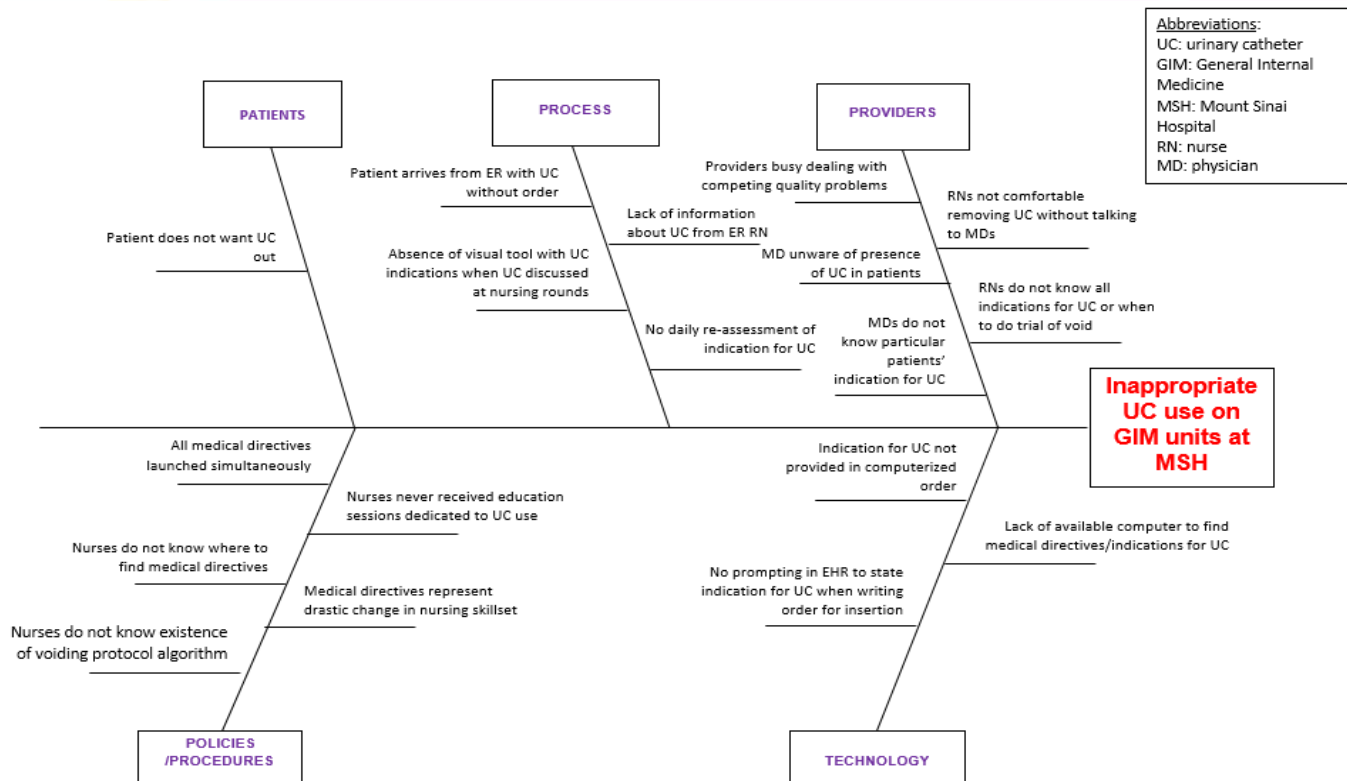


<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-charter-tool-fr.pdf>

Title:	Scope/Boundaries:
Team Executive Sponsor: Team Lead: Process Owner: Improvement Advisor: Team Members:	Problem Statement:
Aim Statement:	Measures:
Root Causes of the Problem:	Change Ideas:
Anticipated Barriers and Mitigation Strategies:	Anticipated Timeline AND Key Milestones
Resources Required:	Signatures: Executive Sponsor: _____ Process Owner: _____

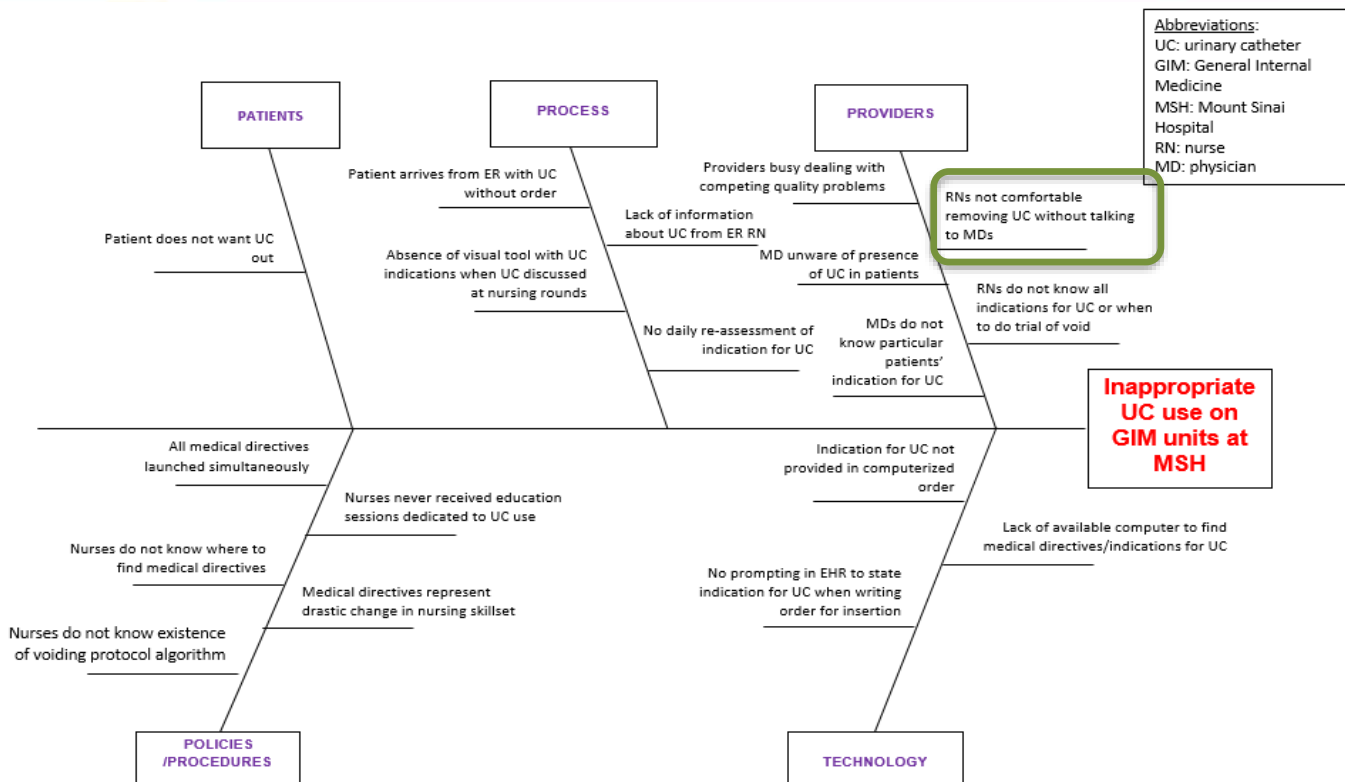
- Diagramme d'Ishikawa/en arêtes de poisson/cause-effet
- Cinq pourquoi
- Diagramme du processus ("process map")
- Graphique de Pareto





- Simple outil de "brainstorming" qui aide à analyser les causes profondes d'un problème
- Pour chaque cause identifiée dans le diagramme d'Ishikawa, posez la question « pourquoi » 5 fois

Cinq pourquoi – exemple (1)



- Infirmières pas à l'aise de retirer un cathéter urinaire sans en avoir discuté avec un médecin

Pourquoi?

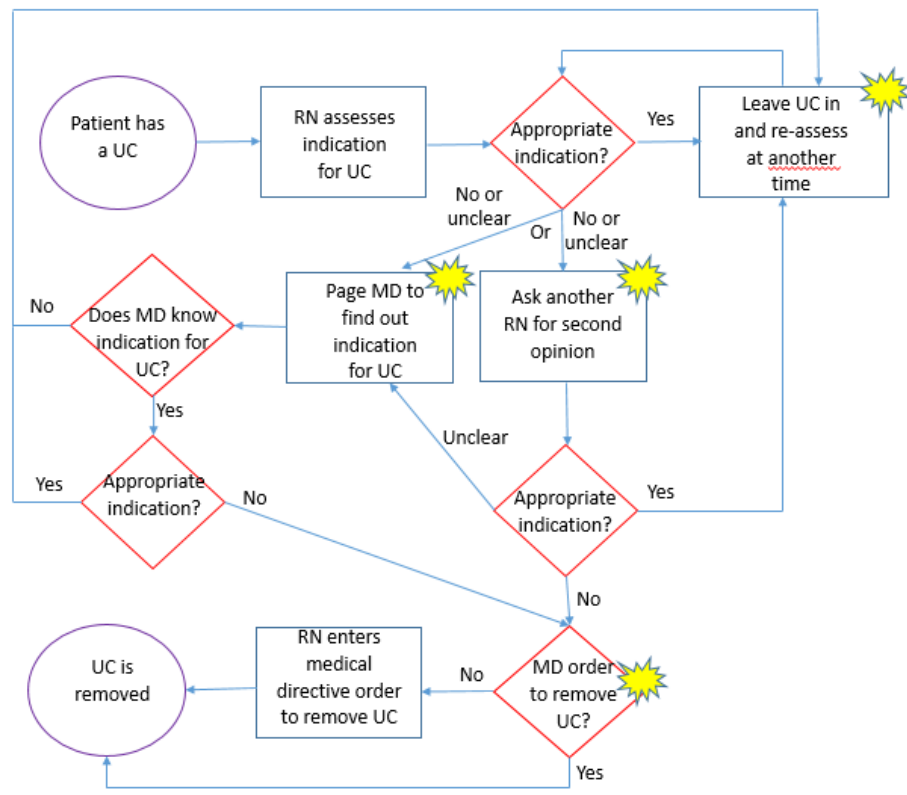
- Car elles croient que le médecin souhaite le garder pour une raison inconnue

Pourquoi?

- Car il n'y a aucune communication à ce sujet entre les infirmières et les médecins

Pourquoi?

- Car ce sujet ne fait pas partie de l'agenda de leur réunion journalière



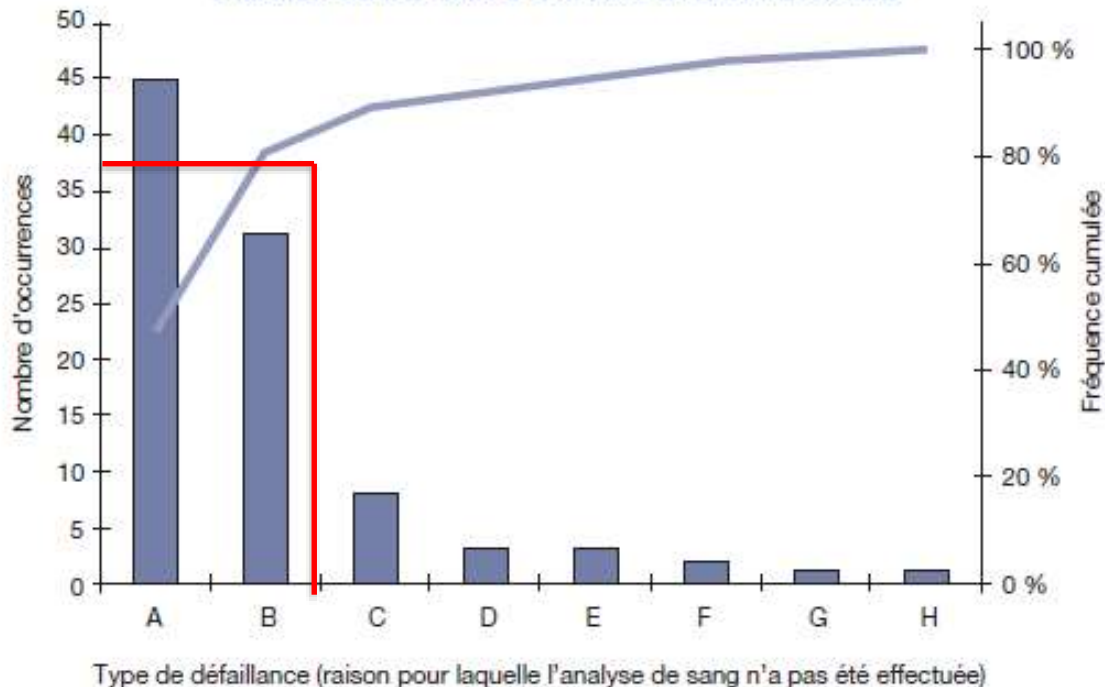
- Où sont les goulots d'étranglements et comment peuvent-ils être éliminés?
- Quelles sont les incohérences dans les façons de faire et comment peut-on standardiser le processus?
- Est-ce que chaque étape ajoute une valeur ajoutée? Sinon, peut-on l'éliminer?

- Outil qui permet de déceler les causes les plus fréquentes d'un problème
- Théorie: 20% des causes contribuent à 80% de l'ensemble du problème

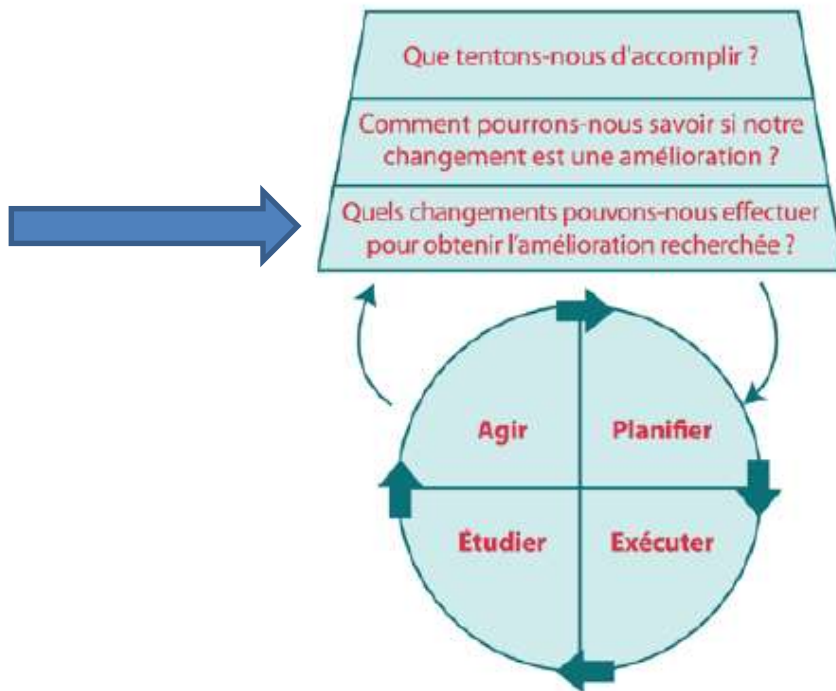
Défaillances à l'étude : Pourquoi l'analyse de sang n'a-t-elle pas été effectuée?

DÉFAILLANCE	COMPTE	COMPTE TOTAL	FRÉQUENCE (%)
A. Le médecin a oublié de prescrire l'analyse		45	48 %
B. L'infirmière a oublié de donner suite à la prescription		31	33 %
C. Le pensionnaire était absent		8	9 %
D. Le laboratoire a oublié de faire l'analyse	I	3	3 %
E. La situation du pensionnaire a changé		3	3 %
F. L'analyse a été prescrite, mais n'a pas été effectuée pour d'autres raisons		2	2 %
G. L'analyse de sang a été effectuée, mais le spécimen a été souillé et l'analyse n'a pas été refaite	I	1	1 %
H. Le pensionnaire refuse de se faire faire une analyse de sang	I	1	1 %
TOTAL	94	94	100 %

GRAPHIQUE DE PARETO : RAISONS POUR LESQUELLES
L'ANALYSE DE SANG N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE



MODÈLE D'AMÉLIORATION



<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>

- Recherche dans la littérature & opinions d'experts dans le domaine
 - **Important**: les idées de changement doivent être **adaptées au contexte local et doivent cibler directement les causes premières** de votre problème de qualité
- Exemples de méthodes utilisées pour générer des idées de changement:
 - Benchmarking
 - TRIZ
 - Concepts de changement
 - Diagramme de forces mobilisatrices/diagramme maître ("Driver diagram")

ASPIRE Benchmarking

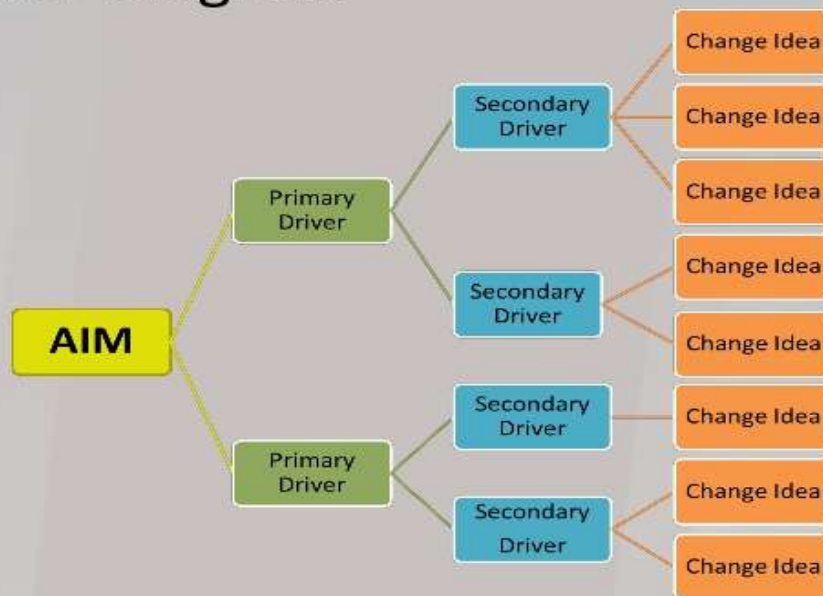
- Développer des idées en s'appuyant sur des solutions identifiées dans d'autres industries pour résoudre des problèmes similaires
- Exemple:
 - Problème: long temps d'attente dans une clinique ambulatoire
 - Solution: penser à comment les lignes aériennes ou diminueraient le temps d'attente

- «Penser à l'envers»:
 1. Au lieu de penser à des solutions directement, pensez aux façons d'empirer votre problème
 2. Puis renverser ces idées de manière positive

- Principes généraux sur lesquels on peut se baser pour élaborer les idées de changement

CONCEPTS DE CHANGEMENT	IDÉES DE CHANGEMENT ASSOCIÉES AU CONCEPT DE CHANGEMENT
Éliminer les contraintes	Demander au préposé aux soins personnels d'expliquer les documents d'information, libérant le personnel infirmier autorisé qui peut ainsi consacrer plus de temps à l'évaluation des pensionnaires.
Utiliser des indices visuels	Placez un autocollant bien en vue au-dessus du lit des pensionnaires présentant des risques élevés de plaies de pression pour inciter le personnel à intervenir.
Établir des plans de secours	Établir un calendrier de vacances afin d'assurer qu'il y ait suffisamment de personnel pour répondre à la demande anticipée.

Driver Diagram



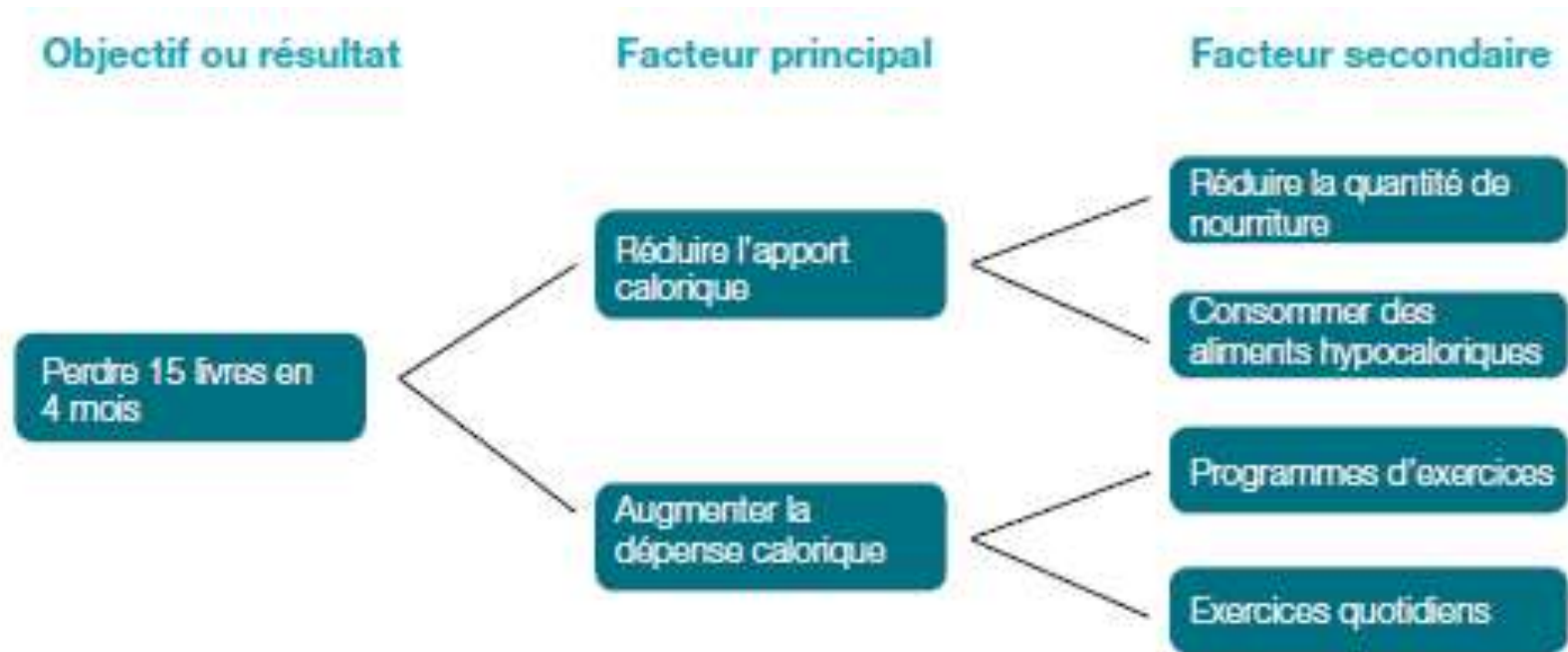
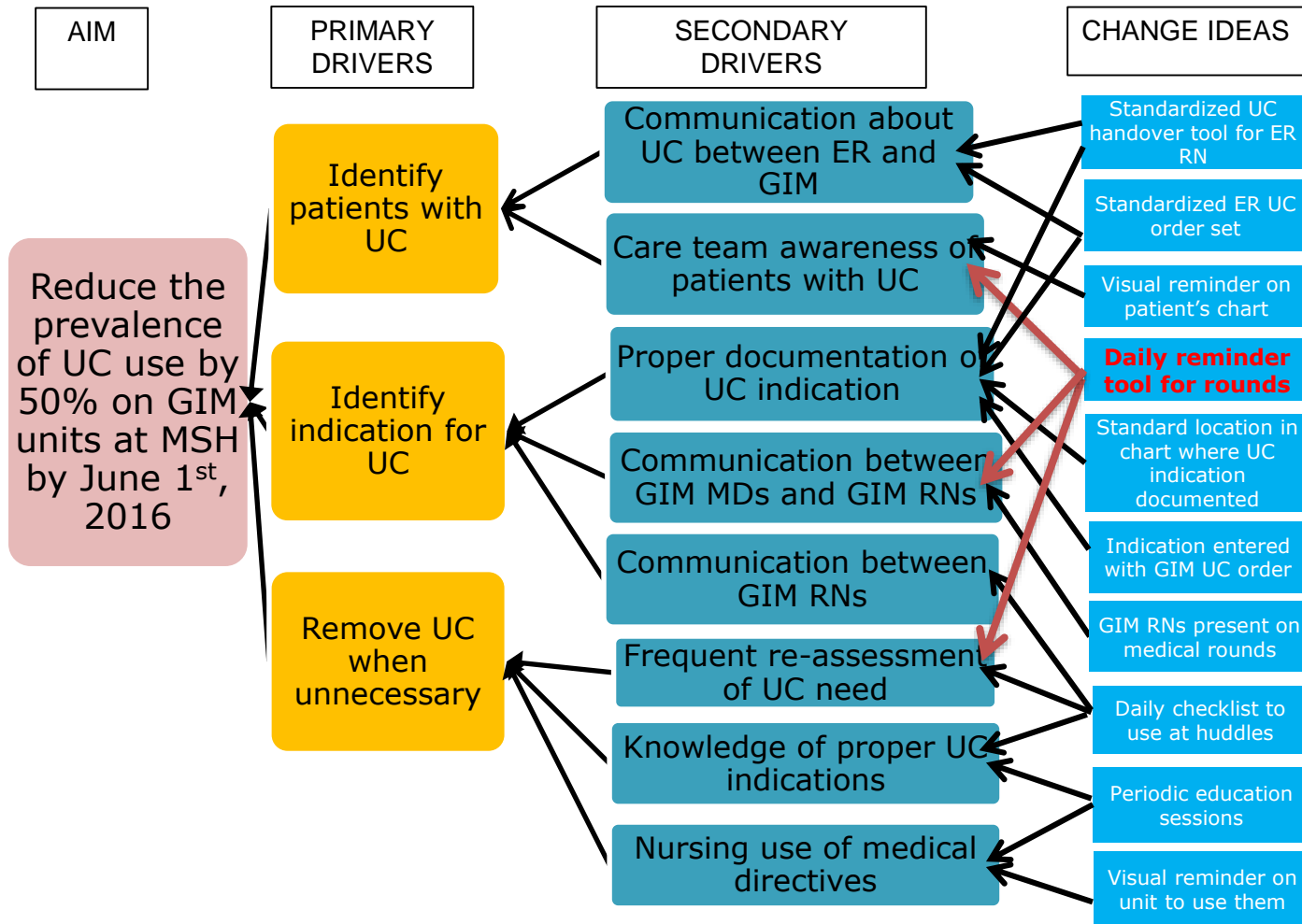


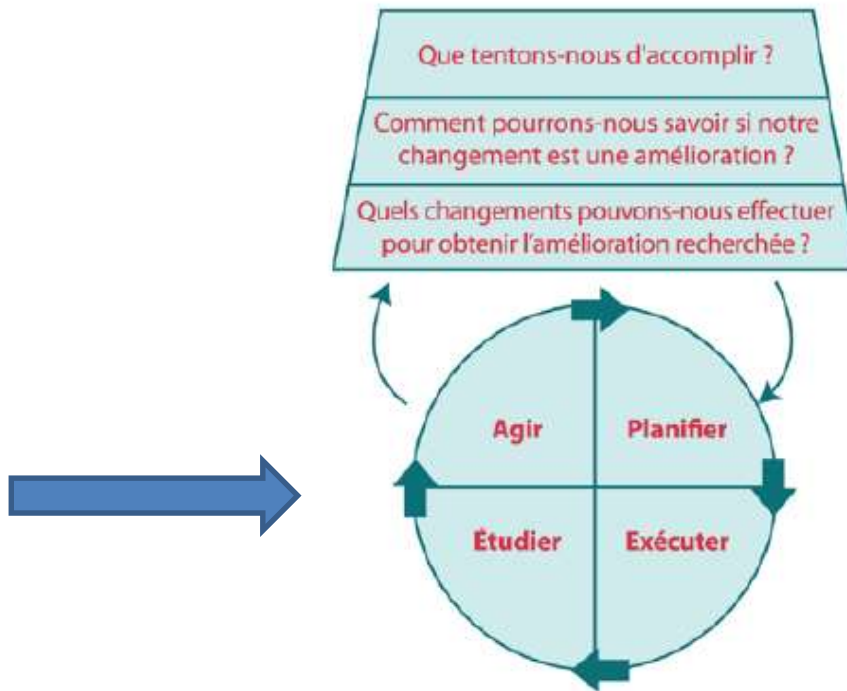
Diagramme maître - exemple



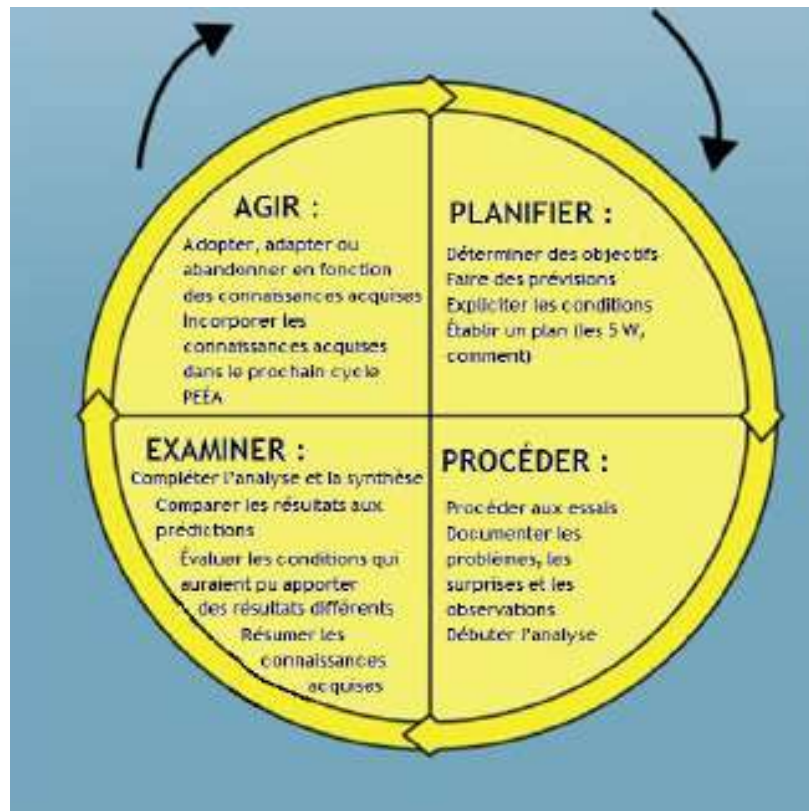
Matrice impact-effort

Difficiles à mettre en œuvre	Éliminez ces solutions.	Comment? Quelles mesures devons-nous prendre pour mettre ces solutions en œuvre?
Faciles à mettre en œuvre	Maintenant Nous pouvons mettre ces solutions en œuvre en déployant peu d'efforts.	Wow! Ce sont les MEILLEURES solutions et elles doivent être les premières mises en œuvre.
	Impact faible	Impact fort

MODÈLE D'AMÉLIORATION



<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>



<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improve ment%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>

ASPIRE Comment décider de l'ampleur du test?

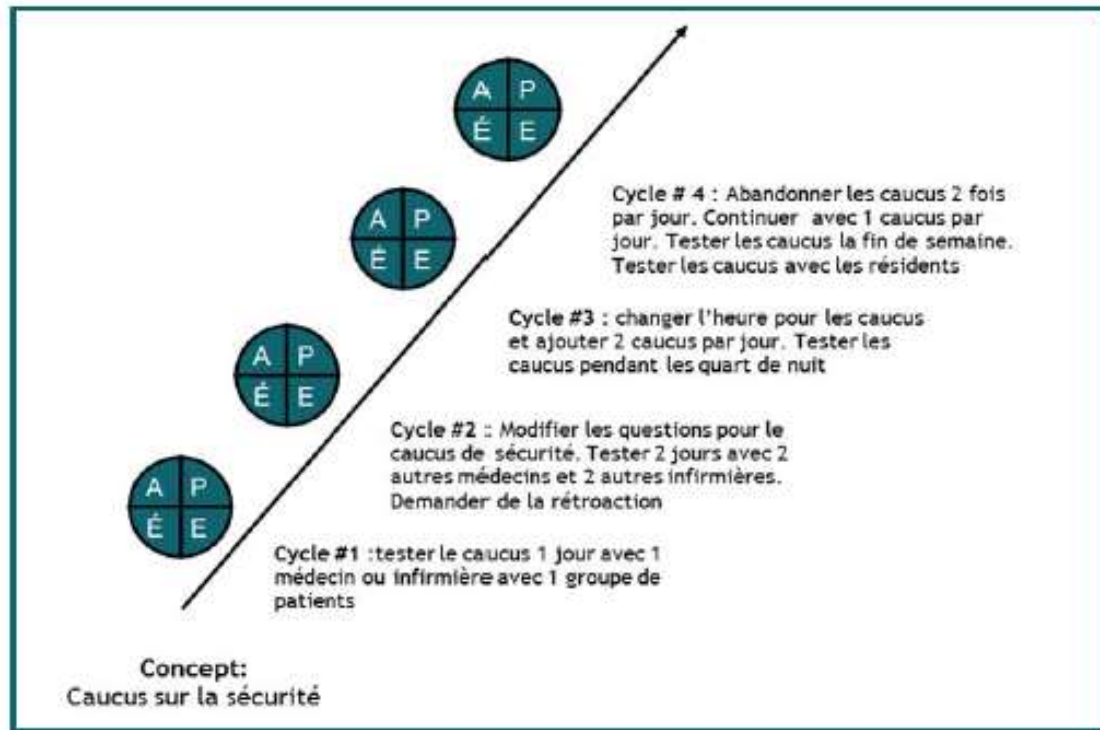
Tableau : Décider de l'échelle d'essai	Conséquence mineure d'un test échoué	Conséquence majeure d'un test échoué
Faible degré de confiance que l'idée de changement mènera à une amélioration	Essai à moyenne échelle	Essai à très petite échelle
Degré de confiance élevé que l'idée de changement mènera à une amélioration	Un cycle pour mettre en œuvre le changement	Essai de petite à moyenne échelle

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>.

Nom du projet :		Cycle No
Objectif du cycle :		
Date de début :		Date de fin :
PLANIFIER	Quel changement mettons-nous à l'essai? Quelles sont nos prédictions et théories? Détails du plan (qui, quoi, où, quand et comment).	
EXÉCUTER	Exécuter le plan. Saisir les données, les observations et les modifications au plan. Utiliser des représentations visuelles comme des graphiques de séquence.	
ÉTUDIER	Compléter l'analyse et la synthèse. Est-ce que les résultats concordent avec les prédictions? Dans quelles conditions les résultats pourraient-ils être différents? Résumer les nouvelles connaissances.	
AGIR	Quelle action prendrons-nous suite au résultat de ce cycle (adopter, adapter ou abandonner?) Sommes-nous prêts pour la mise en œuvre? Quels autres processus ou systèmes pourraient être affectés par ce changement?	
Objectif du (des) prochain(s) cycle(s) :		

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>

ASPIRE Cycles PEÉA multiples



Indicateurs
de
RÉSULTATS
(1-3)

Indicateurs
d'**ÉQUILIBRE**
(min 1)

Indicateurs de
PROCESSUS
(min 1/idée de
changement)

Indicateurs du
cycle PEÉA
(plusieurs par
cycle)

Besoin de données de
base (préférentiellement
plusieurs mois si
possible).

Fréquence de
collection dépend de
l'indicateur
(d'habitude 1 x/mois)

**Données de base d'habitude
non disponibles**

Fréquence de collection: au
moins 1 x/semaine

Données quantitatives et
qualitatives (via rétroaction,
entrevues)

Fréquence de collection:
pendant chaque cycle

- Graphiques linéaires: meilleur moyen de savoir si les changements testés ont mené à une amélioration
 - Diagramme de progression ("run chart")
 - Diagramme de contrôle ("Statistical Process Control chart")

- Facile à produire
- Devrait être établi au début du projet et mis à jour au fur et à mesure en y ajoutant les nouvelles données
- Facile à interpréter car repose sur règles très simples

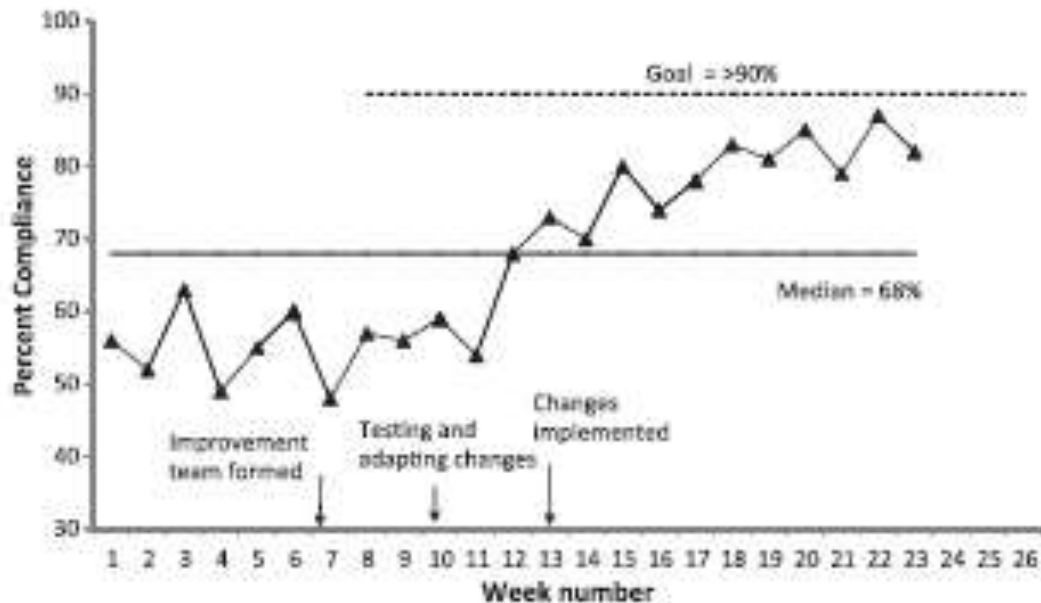
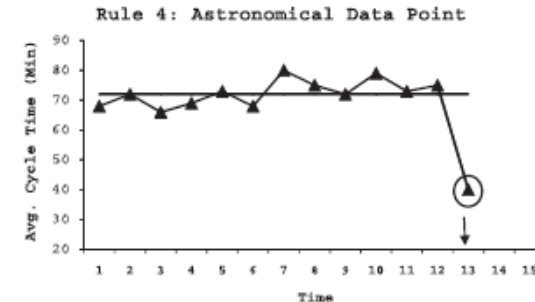
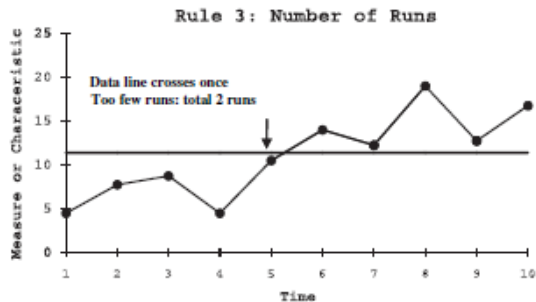
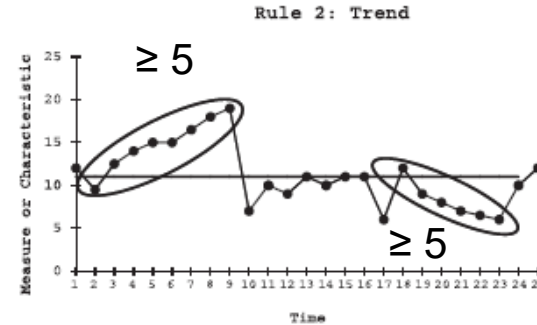
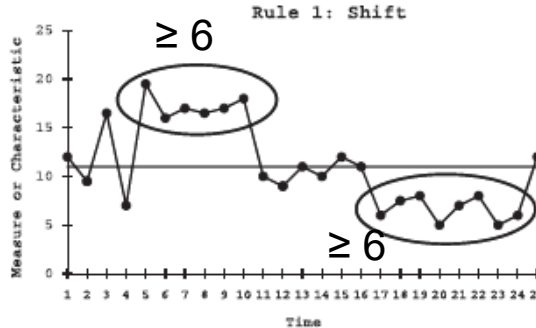
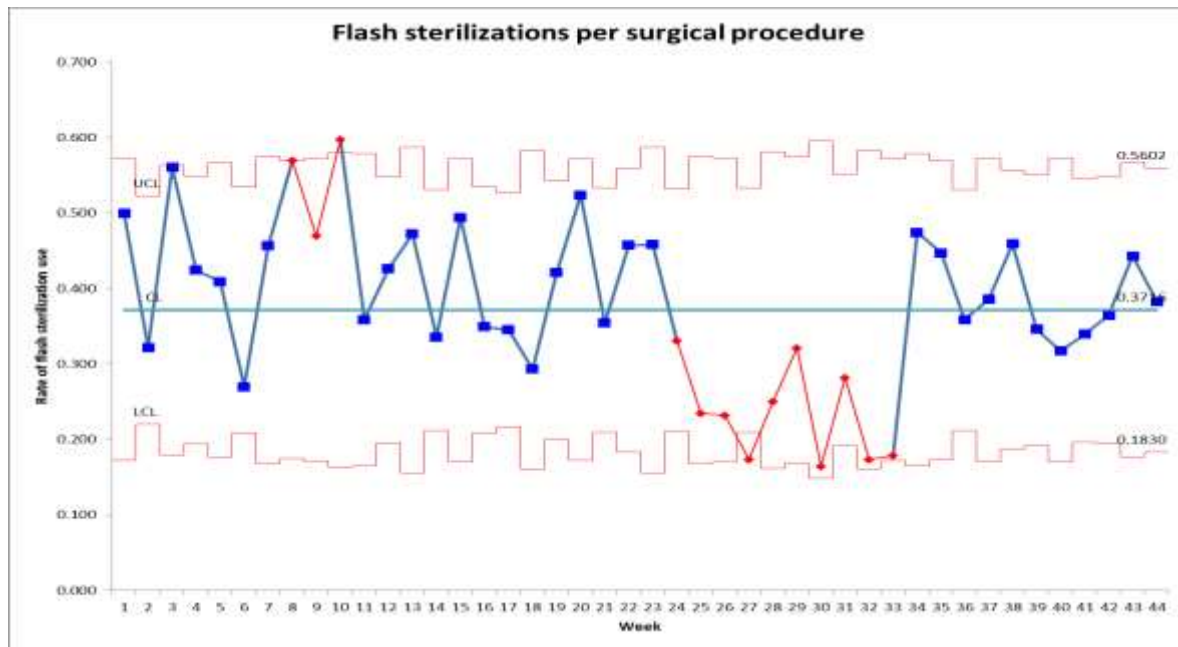


Figure 1 Example of a run chart demonstrating compliance with a standard procedure.

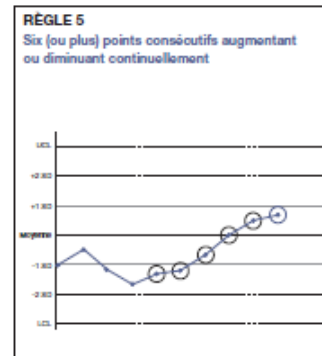
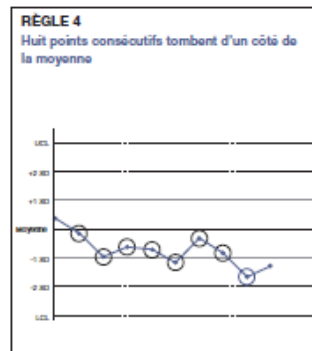
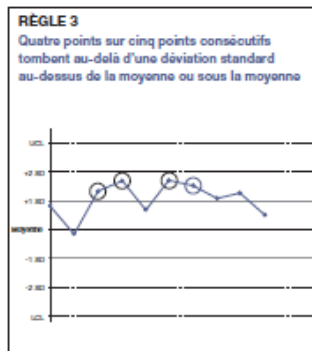
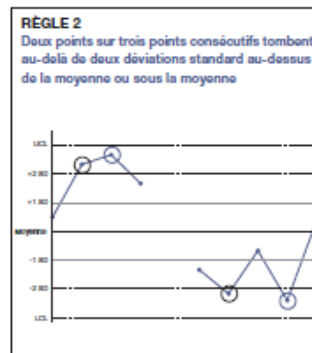
- Règles d'interprétation:



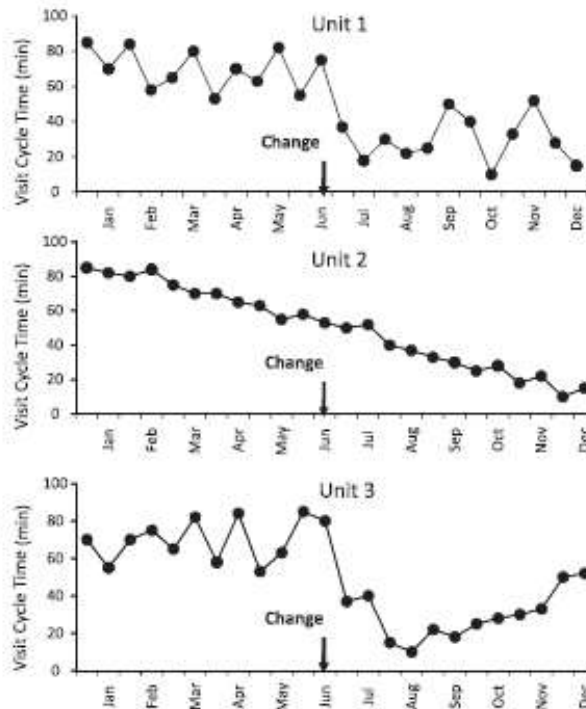
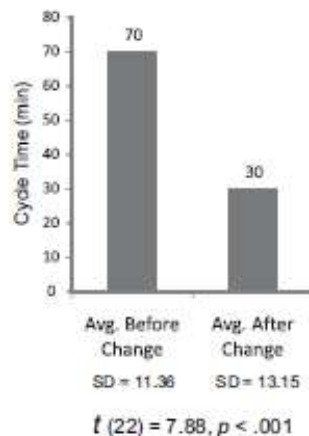
- Se base sur des règles statistiques qui permettent de mieux détecter les améliorations
- Permet de déterminer la stabilité d'un processus: processus stable/sous contrôle vs. hors de contrôle
- Besoin d'au moins 11 points de données



- Règles d'interprétation:



Cycle Time
Results for Units
1, 2 and 3



Perla et al. BMJ Qual Saf 2011

ASPIRE Pas d'amélioration des indicateurs?

- Trop tôt dans le processus
- Adhésion aux indicateurs de processus pas assez élevée
- Hypothèses sur les facteurs en cause étaient fausses
- Idées de changement testées n'ont pas une assez grande influence sur le processus

- Une fois que les idées de changement testées engendrent une amélioration et qu'elles n'entraînent pas de conséquences négatives, elles peuvent être implantées dans le milieu où elles ont été testées (ex. unité de soins, clinique)
- Il faut continuer à suivre:
 - les indicateurs de processus périodiquement pour s'assurer de l'adhésion au nouveau processus
 - les indicateurs de résultats pour s'assurer de la durabilité de l'amélioration
- Planifier de propager les concepts de changement dans d'autres milieux en adaptant les idées de changement au contexte local

- <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20FR.pdf>.
- <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-charter-tool-fr.pdf>.
- <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-ltc-improvement-guide-fr.pdf>.
- <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/qi-driver-diagram-instruction-sheet-fr.pdf>.
- <https://www.cancernwt.ca> › 12-impact-effort-worksheet-fr
- Perla RJ, Provost LP, Murray SK. The run chart: a simple analytical tool for learning from variation in healthcare processes. BMJ Qual Saf 2011;20(1):46-51.
- Institute of Health Policy, Management and Evaluation, University of Toronto



Questions?

Activité:

Création d'un diagramme d'Ishikawa



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA
COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

ASPIRE Création d'un diagramme d'Ishikawa

Instructions

Formez des groupes de 3 personnes. Choisissez un problème de qualité (soit un problème qui existe au sein d'un de vos établissements, soit un problème suggéré dans la présentation). Décidez en groupe des différentes catégories de causes premières puis remplissez le diagramme d'Ishikawa.

À la fin de l'activité, un ou deux groupes présenteront leur analyse au reste des participants.

Durée

Temps pour choisir le problème à analyser:	5 minutes
Temps pour remplir le diagramme d'Ishikawa:	15 minutes
Présentations des petits groupes:	10 minutes

ASPIRE Exemples de problèmes de qualité

- Faible taux de conformité à l'hygiène des mains dans une unité de soins
- Faible adhésion au dépistage de bactéries multi-résistantes à l'admission
- Haut taux d'infections du site opératoire