

Sûr Équitable

Axés sur la personne

Un Système Centré
sur la santé
de la population

Intégré

Accessible

Un Système
Adéquatement Outillé

Efficace

Guide pour l'amélioration de la qualité
Des soins de longue durée



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

Amélioration de la qualité (AQ)

Le guide pour l'amélioration de la qualité offre une méthodologie qui a fait ses preuves pour améliorer les soins prodigués aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée (SLD) de l'Ontario. Dans le présent guide, conçu pour appuyer le secteur des SLD, AQ fait référence à une équipe responsable de l'AQ, œuvrant vers un but défini, collectant et examinant des mesures fréquentes et mettant en œuvre des stratégies de changement à l'aide d'améliorations rapides par cycle. La science de l'AQ fournit des outils et des processus pour évaluer et accélérer les efforts pour l'examen, la mise en œuvre et la propagation de pratiques d'AQ. Ce guide est un document d'introduction dont le but est de faciliter la tâche des spécialistes de l'AQ des SLD en Ontario.

Ce guide a été préparé par Qualité des services de santé Ontario (QSSO).

Nous remercions l'Institute for Healthcare Improvement et les personnes qui ont collaboré à la rédaction du Guide pour l'amélioration de la qualité des soins de longue durée, les personnes qui ont révisé ce document et les collaborateurs du secteur des SLD, dont les coordonnateurs des meilleures pratiques de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	1
1.1 Qu'entend-on par qualité dans les soins de santé?	1
1.2 Qu'entend-on par AQ?	2
1.3 Que peut-on attendre du présent guide?	3
2. Exemples de projets AQ SLD	5
2.1 Introduction	5
2.1.1 Premier exemple de projet AQ SLD	6
2.1.2 Deuxième exemple de projet AQ SLD	7
2.2 Observations à propos des deux études de cas	8
2.3 Résumé	8
3. Modèle d'amélioration	9
3.1 Introduction	9
3.2 Former l'équipe : Qui fera partie de l'équipe AQ SLD?	10
3.3 Définir l'objectif : Que tentons-nous d'accomplir?	10
3.4 Déterminer les mesures : Comment saurons-nous si un changement représente une amélioration?	11
3.4.1 Types de mesures	11
3.5 Définir les changements : Quels changements pouvons-nous apporter qui mèneront à une amélioration?	11
3.5.1 Idées de changement	12
3.5.2 Concepts de changement	12
3.6 Amélioration rapide par cycle : Que sont les cycles Planification-Exécution-Étude- Action (PEEA)?	13
3.6.1 Tester et mettre en œuvre les idées de changement	13
3.6.2 Jeter les assises avant d'entreprendre les cycles PEEA	13
3.6.3 Les cycles PEEA point par point	14
3.6.4 Utiliser les rampes PEEA	15
3.6.5 Charte du projet : Récapitulation	16
4. Méthodes et outils AQ	17
Introduction : Quels sont nos problèmes de qualité?	17
4.1 Outils pour comprendre et analyser votre processus SLD	17
4.1.1 Diagramme en arête de poisson/Ishikawa/cause-effet	18
4.1.2 Les cinq pourquoi.	20
4.1.3 Schématisation du processus.	21
4.1.4 Feuilles de vérification	26
4.1.5 Graphiques de Pareto	27
4.2 Mesure	29
4.2.1 Établir un plan de mesure AQ SLD	29
4.2.2 Mini-questionnaires	30
4.2.3 Échantillonnage	30
4.3 Illustrer l'impact des changements	31
4.3.1 Diagrammes de progression	32
4.3.2 Tableaux de contrôle	34
4.4 Conclusion	40

Annexe A – Exemples de concepts de changement	41
Annexe B – Ressources	42
Annexe C – Références	43
Annexe D – Modèles de feuilles de travail	44

1 INTRODUCTION

L'amélioration de la qualité (AQ) est une méthode prouvée et efficace d'améliorer les soins prodigués aux pensionnaires et les méthodes employées par le personnel. Dans le secteur des soins de longue durée (SLD) tout comme dans le système de santé, il y a toujours moyen d'optimiser, de simplifier, d'améliorer et de tester les processus et l'AQ devrait être un processus permanent et faire partie intégrante du travail de tous, quels que soient les rôles ou les postes au sein de l'organisme.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a rédigé ce guide pour permettre au personnel chargé de prodiguer des soins aux pensionnaires et aux organismes du secteur des SLD de l'Ontario d'accéder facilement à des outils AQ bien établis. Ce document contient des exemples de la manière dont ces outils peuvent être adaptés et appliqués aux foyers de SLD de l'Ontario.

Le but est de vous aider à entreprendre des initiatives AQ SLD et d'appuyer ces initiatives.

1.1 QU'ENTEND-ON PAR QUALITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ?

Les Ontariennes et Ontariens ont une vision commune d'un système de santé très performant. Nous voulons un système financé par les deniers publics, accessible, efficace, sûr, axé sur les patients, équitable, efficient, adéquatement outillé et axé sur la santé de la population. Ce sont les neuf attributs d'un système de santé de qualité supérieure établi par le QSSO.

ATTRIBUTS DE QUALITÉ	RÉSULTATS
Accessible	Les gens devraient pouvoir recevoir les soins dont ils ont besoin au bon moment, au bon endroit, et prodigués par les bonnes personnes.
Efficace	Les gens doivent pouvoir recevoir des soins efficaces et fondés sur la meilleure information scientifique qui soit.
Sûr	Les gens ne devraient pas être victimes d'un accident ou d'erreurs lorsqu'ils reçoivent des soins.
Axé sur les patients	Les soignants doivent offrir des services en tenant compte des besoins et des préférences de la personne.
Équitable	Les gens doivent recevoir des soins de qualité égale, quels qu'ils soient ou où qu'ils vivent.
Efficient	Le système de santé doit continuellement chercher des moyens de réduire le gaspillage, y compris le gaspillage de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et de renseignements.
Adéquatement outillé	Le système de santé doit avoir suffisamment de professionnels compétents, de fonds, d'information, de matériel, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins de la population.
Intégré	Tous les secteurs du système de santé doivent être structurés, reliés et coordonnés de manière à prodiguer des soins de qualité supérieure.
Axé sur la santé de la population	Le système de santé doit s'efforcer de prévenir les maladies et d'améliorer la santé de la population de l'Ontario.

LIEN!

Pour en savoir plus sur l'AQ, accéder aux outils et aux ressources AQ ou télécharger ce guide, visitez le site Web de QSSO à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>.

1.2 QU'ENTEND-ON PAR AQ?

Lorsque nous parlons de l'AQ, nous faisons référence à la science de l'AQ mise au point au cours des dernières décennies par les D^{rs} W. Edwards Deming et Joseph Juran, et préconisée par le Dr Donald Berwick de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI). L'AQ est fondée sur la compréhension du système dans lequel nous fonctionnons, la complexité de traiter avec des gens, la variation des résultats produits par le système et l'utilisation des connaissances pour influencer sur ces résultats. Des initiatives AQ sont entreprises par le personnel et les dirigeants locaux capables de résoudre les problèmes et de gérer la dynamique de groupe et les personnes recevant les soins participent à la conception de la prestation des soins.

Une initiative AQ présente les caractéristiques suivantes :

- Équipes interdisciplinaires locales qui sont habilitées et ont appris à établir des objectifs d'amélioration.
- Équipes qui déterminent la cause des problèmes, les obstacles à la qualité ou les lacunes dans la conception du système qui nuisent à la qualité.
- Équipes qui testent différentes idées pour améliorer la prestation des soins au moyen de divers petits essais de changement.
- Équipes qui entreprennent de fréquentes évaluations ciblées de la qualité de manière à obtenir une rétroaction immédiate leur permettant de déterminer si les changements essayés sont les bons.

Qu'entend-on par AQ des soins de santé?

« Une vaste gamme d'activités plus ou moins complexes et plus ou moins rigoureuses sur le plan méthodologique et statistique au moyen desquelles les soignants mettent au point, appliquent et évaluent des interventions à petite échelle, déterminent celles qui fonctionnent et les mettent en oeuvre à grande échelle pour améliorer la pratique clinique. »¹

La science AQ fournit les outils et les processus pour évaluer et accélérer les efforts d'amélioration de la qualité au moyen d'essais, de la mise en oeuvre et de la propagation. Mais l'AQ n'est pas qu'un simple outil, c'est une culture d'amélioration permanente de la qualité. L'AQ utilise des méthodes et des modèles d'amélioration structurés (par exemple, Model for Improvement, Six Sigma et Lean). Elle a recours à des variations marginales et à un modèle d'essai appelé Planification-Exécution-Étude-Action (PEEA). Et elle reconnaît que pour réussir, il faut un leadership de la part des hauts dirigeants et des cliniciens, une culture appropriée et positive et des gens qui ont suivi une formation en processus collectifs et en gestion du changement. Tous ces éléments doivent s'aligner sur les objectifs stratégiques de l'organisme et les systèmes de gestion de la qualité en place. Le secteur des SLD est une composante importante du système de santé de l'Ontario puisqu'il dessert quelque 76 000 pensionnaires.

¹ The Ethics of Improving Health Care Quality & Safety: A Hastings Center/AHRQ Project, Mary Ann Baily, PhD, Associate for Ethics & Health Policy, The Hastings Center, Garrison, New York, octobre 2004

Les projets AQ SLD, comme tout autre projet, ont un point de départ, un milieu et une fin. L'équipe AQ SLD a un objectif défini, collecte des données pertinentes et élabore et teste les changements pendant qu'elle s'applique à mettre en oeuvre les améliorations réussies. On présume que tout projet AQ SLD s'inscrit dans un cadre organisationnel qui appuie et prône une AQ permanente.

Pour obtenir de bons résultats, les équipes responsables des projets AQ utilisent des modèles et méthodes d'amélioration structurés, semblables à ceux dont il est question dans le présent guide. Dans certains cas, l'équipe se compose de personnes qui travaillent déjà ensemble dans le cadre d'un foyer de soins de longue durée. Toutefois, il est plus fréquent qu'une équipe soit formée en tant que groupe unique dont chaque membre a été choisi pour donner son point de vue sur un aspect particulier du processus étudié. Mais quelle que soit la manière dont elle est constituée, l'équipe responsable du projet AQ travaille en collaboration pour réaliser l'objectif visé.

1.3 QUE PEUT-ON ATTENDRE DU PRÉSENT GUIDE?

Ce guide a été établi comme point de départ du périple d'amélioration de la qualité et contient des renseignements fondamentaux nécessaires pour lancer des projets d'amélioration. QSSO a créé des modules reposant sur divers concepts et stratégies de changement, dont l'accès et l'efficacité. Nous établirons d'autres modules de ce genre pour traiter des éléments cruciaux qui appuient la réussite et la propagation des initiatives d'amélioration de la qualité en Ontario.

Le guide est divisé en trois grandes sections :

- **Exemples de projets AQ LSD** – Présentation de méthodes d'amélioration structurées et exemples de projets.
- **Modèles d'amélioration** – Autres détails sur le modèle d'amélioration structuré, y compris des discussions et des exemples relatifs à chaque composante.
- **Méthodes et outils** – Exemples de méthodes et d'outils présentés au début du guide, l'accent étant particulièrement mis sur leur utilisation dans les foyers de SLD.

LIEN!

Les équipes AQ SLD peuvent optimiser la qualité en améliorant l'accès et l'efficacité. QSSO a créé deux modules axés sur l'accès et l'efficacité pour accompagner le guide. Ils sont accessibles sur le site Web de QSSO à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>

2.1 INTRODUCTION

Des idées d'amélioration des soins prodigués aux pensionnaires viennent de sources innombrables. Les leaders peuvent déterminer une lacune concernant les objectifs de l'organisme ou les équipes peuvent identifier des possibilités fondées sur les expériences des soignants et des pensionnaires. Dans certains cas, les questions de suivi de la qualité, les rapports à présenter au public sur les indicateurs de qualité ou les nouvelles lignes directrices sur les pratiques exemplaires servent de points de départ aux projets d'amélioration de la qualité.

Le présent guide présente une méthodologie – **le modèle d'amélioration** – et les outils qui peuvent servir à apporter des améliorations. Les spécialistes de l'AQ ont constaté l'utilité de cette méthodologie et de ces outils au cours des 20 dernières années. N'oublions pas que le modèle d'amélioration est un cadre de travail servant à apporter des améliorations. On peut utiliser pour chaque projet divers outils et techniques seuls ou en combinaison. Il n'y a pas deux projets identiques sur le plan des tests de changement ou des outils et techniques utilisés, mais il y a des situations communes pour lesquelles chaque outil peut être utile. Le bon outil au bon moment peut contribuer à produire un excellent résultat.

Cette section présente deux exemples de projets AQ SLD. Chaque exemple ne décrit pas une situation réelle, mais représente un amalgame de plusieurs situations. L'encadré qui accompagne chaque histoire contient une liste des principaux outils et techniques se rapportant au processus AQ entrepris par l'équipe du foyer de SLD.

2.1.1 Premier exemple de projet AQ SLD

RÉDUIRE LE NOMBRE DE CHUTES DANS UN FOYER DE SLD

ACTIVITÉS	OUTILS ET TECHNIQUES APPROPRIÉS
<p>La nouvelle directrice d'un foyer de SLD a constaté que le nombre de chutes dans cet établissement était bien supérieur à celui d'autres organismes similaires. Après quelques explications du personnel qui a déclaré que les pensionnaires étaient beaucoup plus malades, les gestionnaires et les cliniciens ont convenu que le nombre de chutes était trop élevé.</p> <p>La directrice a organisé un « atelier sur les chutes » pour informer le personnel sur les causes fréquentes des chutes et les mesures de prévention. Malheureusement, le nombre de chutes n'a pas diminué au cours de la période suivante de trois mois.</p> <p>Après avoir examiné les données, l'organisme a constaté que l'unité qui enregistrait le plus de chutes était celle en charge de pensionnaires relativement mobiles atteints de démence faible ou modérée ou recevant des soins de réadaptation suite à un AVC. La directrice a formé une équipe d'amélioration de la qualité comprenant la codirectrice des soins, une infirmière praticienne autorisée, un assistant et une thérapeute en réadaptation.</p>	<p>Lancement du projet</p> <p>Formation de l'équipe (Section 3.2)</p>
<p>Lors de la première réunion, chaque membre de l'équipe a eu beaucoup à dire au sujet des causes du taux élevé de chutes. Ils ont posé des questions sur les raisons de cette situation et ont proposé de nombreuses suggestions. Le chef d'équipe et l'animateur ont décrit le modèle d'amélioration de l'IHI et les améliorations rapides par cycle.</p> <p>À la deuxième réunion, l'équipe a étudié l'objectif du projet, puis établi un objectif d'amélioration de 40 %. Pour en savoir plus sur les chutes, l'équipe a examiné une année entière de données et la raison de chaque chute.</p> <p>Il existe de nombreux écrits sur la réduction du nombre de chutes, étayés par des données probantes tirées de programmes positifs et ces ressources offrent toutes sortes d'idées. L'équipe a décidé d'instaurer un processus d'évaluation des risques de chute dans le but de les prévenir.</p>	<p>Remue-méninges, diagramme en arête de poisson (Section 4.1.1)</p> <p>Cinq pourquoi (Section 4.1.2)</p> <p>Modèle d'amélioration : Objectifs (Section 3.3)</p> <p>Modèle d'amélioration : Mesures (Section 3.4)</p> <p>Fiche de vérification (Section 4.1.4)</p> <p>Modèle d'amélioration : Changement (Section 3.5)</p>
<p>La première tâche consistait à trouver des exemples d'outils d'évaluation des risques de chute. Un outil mis au point par un autre foyer ayant une clientèle similaire semblait prometteur, et l'équipe a préparé un petit test. Jim, l'infirmier patricien autorisé, a testé cet outil auprès de deux pensionnaires possédant toutes leurs capacités cognitives pour déterminer combien de temps cela prendrait et si l'outil allait produire de bons résultats. Jim a fait part de ses constatations, indiquant que l'outil pourrait être utilisé pour la plupart des pensionnaires de l'unité après quelques modifications.</p> <p>Jane, la codirectrice des soins, a demandé à une infirmière de l'unité ce qu'elle pensait de cet outil. Après plusieurs autres cycles PEEA, le processus d'évaluation a commencé à porter ses fruits. En moins de deux semaines, les résultats du test étaient disponibles pour la majorité des pensionnaires de l'unité.</p> <p>L'équipe a commencé ensuite à étudier comment l'évaluation des risques pouvait aboutir à un protocole de prévention des chutes comprenant plusieurs stratégies (viguer/équilibre, examen des médicaments, petits changements, p. ex., modifier la hauteur des lits, etc.).</p>	<p>Modèle d'amélioration : PEEA (Section 3.6)</p> <p>Schématisation du processus (Section 4.1.3)</p>
<p>Au cours des mois suivants, l'équipe a continué d'apporter des changements à l'essai, d'évaluer les résultats et de les intégrer aux procédures et aux séances d'orientation des nouveaux employés. Au bout de neuf mois, l'objectif établi par l'équipe a été atteint et maintenu. Le foyer s'est félicité de cette réussite et a poursuivi ses efforts pour continuer à améliorer les choses. La direction a donné son accord pour que ces changements et les nouvelles procédures soient appliqués dans tout le foyer et a encouragé d'autres unités à les adopter.</p>	<p>Amélioration continue de la qualité</p>

2.1.2 Deuxième exemple de projet AQ SLD

GÉRER LES PROBLÈMES D'INCONTINENCE DANS UN FOYER DE SLD

ACTIVITÉS	OUTILS ET TECHNIQUES APPROPRIÉS
<p>Les employés du Foyer Langley se doutaient bien qu'il y avait un problème dans leur établissement et un nouvel examen des données MDS a confirmé leurs suspicions; le taux de pensionnaires atteints d'incontinence, qui s'élevait à 79 %, était bien supérieur au taux provincial. Non seulement cela représentait un problème important de qualité de vie pour les pensionnaires, mais c'était aussi un problème de ressources. Heureusement, beaucoup d'efforts ont été déployés pour améliorer les soins et les employés se sont aperçu qu'il était possible de réduire le taux de personnes incontinentes de 50 %.</p> <p>L'administrateur a formé une équipe comprenant des infirmières et infirmiers praticiens autorisés (IPA), des préposés au service de soutien à la personne (PSSP), les responsables du programme d'enrichissement de la vie, et les préposés à l'environnement. Ils ont fait appel à l'aide d'un médecin quand cela était nécessaire. Pour commencer, tous les membres de l'équipe se sont réunis pour discuter des raisons du taux élevé de pensionnaires incontinents. Chacun a eu son mot à dire sur les raisons de cette situation et les problèmes, et tous ont proposé des solutions pour améliorer la situation.</p> <p>L'équipe a décidé d'utiliser le modèle d'amélioration axé sur les cycles PEEA. Elle a établi un objectif qui guiderait son travail et lui permettrait de cibler ses efforts; cet objectif était le suivant : « Améliorer les soins au Foyer Langley en réduisant le taux de pensionnaires incontinents de 50 % grâce à un meilleur programme d'élimination et de propreté sécuritaire et pour les pensionnaires et pour le personnel ». L'équipe s'est entendue sur quatre concepts de changement : 1) utiliser un plan d'élimination et de propreté personnalisé pour chaque pensionnaire; 2) normaliser et améliorer la documentation sur les soins; 3) accroître les connaissances et le savoir-faire pour les problèmes d'incontinence et 4) faire en sorte que les pensionnaires puissent aller plus facilement aux toilettes.</p> <p>En plus du taux crucial de pensionnaires incontinents, les mesures qu'il fallait de toute évidence suivre étaient le coût des produits, le nombre de pensionnaires participant au plan d'élimination et de propreté et le taux de changement. Les mesures de contrepartie étaient le nombre de chutes et de plaies de pression et les mesures de la charge de travail.</p> <p>Des douzaines de bonnes idées ont été proposées sur la façon de mieux gérer les problèmes d'incontinence et de les lier directement à l'objectif de l'équipe et aux concepts de changement. Divers groupes avaient établi des lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires et des outils d'évaluation que l'équipe pouvait utiliser. Finalement, il y avait de nombreux exemples de foyers et d'hôpitaux qui ont réussi à améliorer les problèmes d'incontinence.</p> <p>Pour commencer à comprendre le processus en place associé à l'évaluation, à la documentation et à la planification des soins, l'équipe a décrit toutes les étapes et les activités actuelles. Elle a pu ainsi constater à quel point le processus était cloisonné, incomplet et désorganisé. On s'est demandé comment les évaluations ont pu être effectuées! Cela a permis également de voir pourquoi les évaluations n'aboutissaient pas à des améliorations. Bien que chacun ait utilisé le même outil d'évaluation, les étapes suivantes étaient différentes pour chaque unité, parfois même pour chaque membre du personnel infirmier de l'unité.</p> <p>D'autre part, l'équipe s'est rendu compte qu'elle n'avait aucune idée du nombre de pensionnaires qui avaient fait l'objet d'une évaluation et de la pertinence de ces évaluations. Elle a établi une simple fiche de vérification pour recueillir ces renseignements. Deu n'étaient pas actuelles.</p> <p>L'équipe s'est appliquée à modifier le processus d'évaluation et a mis au point des méthodes normalisées de suivi des renseignements recueillis lors des évaluations. Désormais, les membres du personnel infirmier résument l'information et discutent des cas avec les médecins, pour ensuite établir des plans de soins détaillés pour les pensionnaires.</p> <p>L'équipe, et plus tard d'autres équipes d'autres unités de Langley Home, ont continué à utiliser le modèle PEEA pour améliorer le taux de continence et apporter des améliorations à l'échelle de l'organisme. Elles ont travaillé continuellement pendant douze mois et réussi à réduire le taux d'incontinence de plus de 50 %. Les autres résultats ont indiqué des améliorations considérables, de même que leurs mesures de pondération.</p>	<p>Commencer</p> <p>Former l'équipe (Section 3.2)</p> <p>Remue-méninges, diagramme en arête de poisson (Section 4.1.1)</p> <p>Cinq pourquoi (Section 4.1.2)</p> <p>Modèle d'amélioration (Section 3)</p> <p>Modèle d'amélioration : Objectifs (Section 3.3)</p> <p>Modèle d'amélioration : Mesures (Section 3.4)</p> <p>Modèle d'amélioration : Changement (Section 3.5)</p> <p>Schématisation du processus (Section 4.1.3)</p> <p>Fiche de vérification (Section 4.1.4)</p> <p>Modèle d'amélioration : PEEA (Section 3.6)</p> <p>Amélioration continue de la qualité</p>

2.2 OBSERVATIONS À PROPOS DES DEUX ÉTUDES DE CAS

Même si ces deux exemples sont différents et qu'ils ne suivent pas tout à fait la même voie, ils ont quelques points communs, de même qu'avec la plupart des autres projets AQ SLD qui ont réussi :

- les projets AQ SLD sont dirigés par des équipes;
- le travail AQ commence par une déclaration d'objectif que l'équipe peut revoir une fois qu'elle a mieux compris ses problèmes;
- les équipes déterminent les mesures qu'elles doivent collecter;
- les équipes déterminent les domaines stratégiques nécessitant des améliorations ou les principales idées de changement;
- les équipes utilisent plusieurs cycles PEEA pour mettre au point et tester de petits changements à petite échelle dans différents contextes; après avoir persuadé les gens que les changements aboutissent bien à des améliorations, les équipes les mettent en œuvre;
- la direction et les équipes travaillent ensemble pour propager les améliorations à d'autres unités du foyer, au besoin.

Les cycles PEEA, qui s'inscrivent dans le cadre du modèle d'amélioration, servent de cadre aux changements et au processus d'apprentissage. Le chapitre suivant traite du modèle d'amélioration et de la façon de l'utiliser.

2.3 RÉSUMÉ

Le processus AQ SLD comporte plusieurs phases, chacune renforçant la précédente. Par exemple, vous devez analyser vos processus actuels avant de les améliorer. Qui plus est, tous les organismes peuvent utiliser les outils AQ pour établir et comprendre leurs processus et, si elle utilise les bons outils, l'équipe pourra travailler mieux plutôt que plus.

Le cycle PEEA est un moyen de maintenir les initiatives AQ SLD à un niveau modeste et gérable tout en générant le momentum grâce à des réussites précoces. Le fait de renforcer chaque cycle PEEA, pour chaque catégorie de changement mis à l'essai, permet aux équipes d'atteindre les objectifs à court et à long terme.

Les paragraphes suivants contiennent des explications sur la façon de vous lancer. Nous vous recommandons de parler avec vos collègues, de partager vos idées et histoires afin que tout le monde puisse apprendre des expériences des autres.

3.1 INTRODUCTION

Le modèle d'amélioration comporte deux composantes fondamentales : la première traite de trois questions essentielles, et la deuxième porte sur le processus d'amélioration rapide par cycle comprenant plusieurs cycles PEEA pour élaborer, tester et mettre en œuvre les changements aux fins d'amélioration (figure 1).

Le modèle d'amélioration est un cadre simple, mais puissant, pour structurer tout projet AQ. Les équipes qui utilisent ce modèle ont les plus grandes chances de réussir. Ce chapitre porte sur les composantes du modèle.

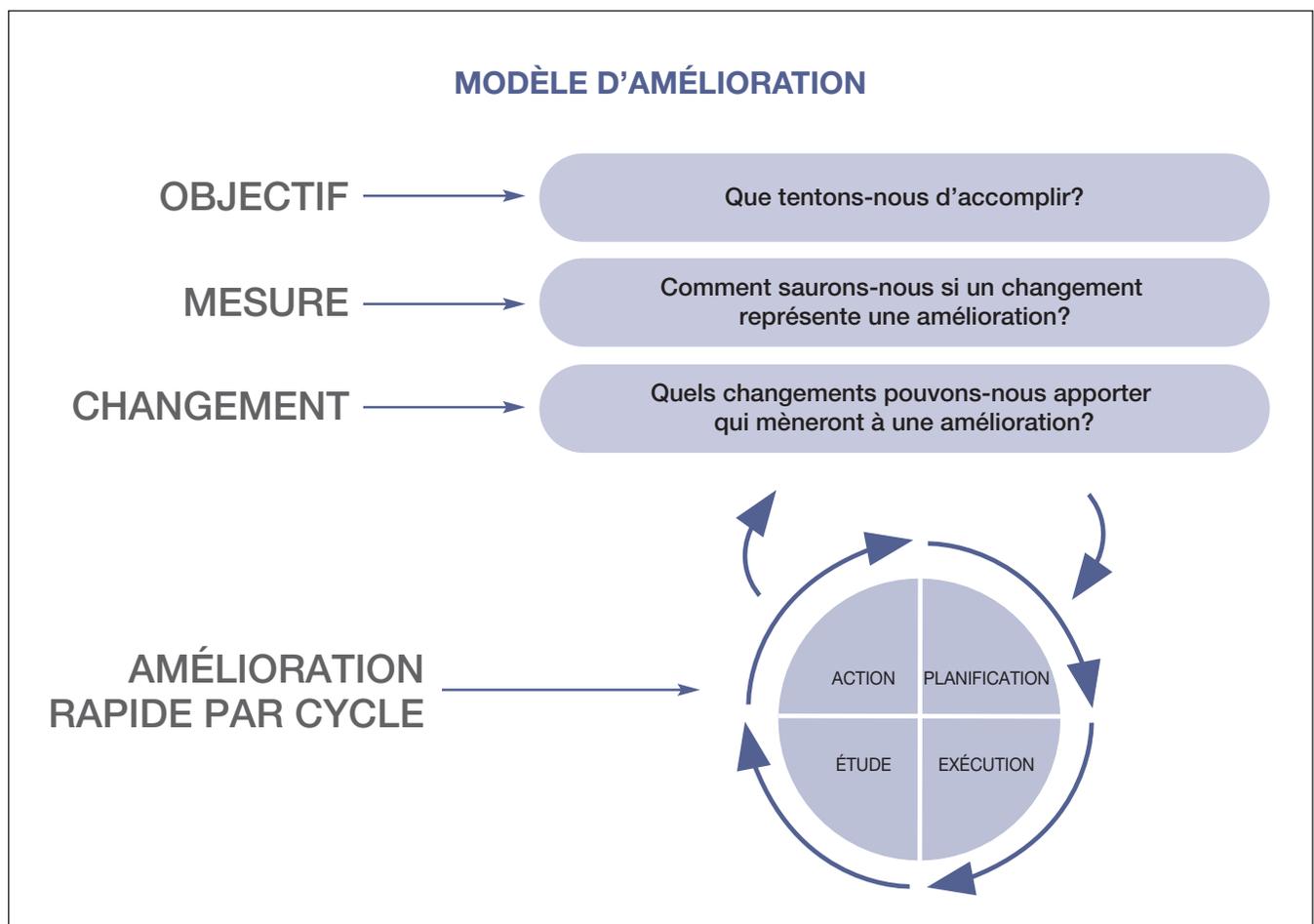


FIGURE 1 | Modèle d'amélioration

3.2 FORMER L'ÉQUIPE : QUI FERA PARTIE DE L'ÉQUIPE AQ SLD?

Pour réussir, toute initiative AQ SLD a besoin du soutien de tous les membres du personnel : PSSP, infirmières agréées (IA), IPA, CDS, administrateurs, paraprofessionnels, préposés à l'environnement, personnel des services de diététique et alimentaires, responsables du programme d'enrichissement de la vie et des programmes, et ainsi de suite. Bien que l'équipe doive être représentative, elle ne doit pas comprendre plus de dix membres pour être gérable. Choisissez un chef d'équipe respecté qui jouit d'une certaine crédibilité auprès de ses collègues. Soyez ouvert et invitez des personnes sceptiques qui se posent des questions légitimes tout en étant ouvertes au changement. Il arrive parfois que certaines équipes décident d'inclure une personne ne faisant pas partie de leur unité de service en raison de l'interdépendance avec d'autres services. Par exemple, on peut inviter une personne chargée de représenter l'hôpital voisin qui pourrait participer à l'établissement des stratégies de transfert dans les hôpitaux.

Tenez compte de la liste de vérification suivante lorsque vous formez une équipe :

- Avons-nous inclus un représentant de chaque discipline concernée?
- Avons-nous songé à inclure un membre du personnel non réglementé qui participe aussi au travail?
- Avons-nous désigné un chef d'équipe?
- Devons-nous demander à un médecin de faire partie de l'équipe?
- Faut-il inclure dans l'équipe une personne sceptique ayant un point de vue constructif?
- Avons-nous un spécialiste en AQ qui pourrait nous aider à progresser?
- Doit-on inviter un intervenant externe?

CONSEIL!

Ce sont les personnes qui font le travail qui doivent le modifier.

3.3 DÉFINIR L'OBJECTIF : QUE TENTONS-NOUS D'ACCOMPLIR?

Toute initiative AQ SLD nécessite un objectif clairement défini. L'objectif doit répondre à la question suivante : « *Que tentons-nous d'accomplir?* » Elle doit aussi présenter les caractéristiques suivantes :

- **Clarté** – Pour créer un plan clair, vous devez avoir un objectif bien défini.
- **Échéance précise** – Fixez la date à laquelle vous souhaitez réaliser vos objectifs.
- **Souplesse** – Vous réaliserez vos objectifs plus facilement s'ils sont souples. Les petits changements cumulatifs (p. ex., parvenir à la moyenne ou augmenter les résultats de 10 %) ne constituent pas une véritable amélioration de la qualité et ne justifient pas l'investissement que représente le temps consacré par les employés. Pour vous aider

EXEMPLE

Mauvais énoncés d'objectif :

« *Grâce à la mise en place d'un dossier médical électronique, les pensionnaires susceptibles d'avoir des plaies de pression recevront de meilleurs soins.* »

OU

« *Nous formerons une équipe interdisciplinaire pour prodiguer des soins spécialisés ciblés aux pensionnaires qui souffrent de plaies de pression.* »

Bon énoncé d'objectif :

« *Nous améliorerons les mesures de prévention des plaies de pression dans notre foyer. D'ici à mai de l'an prochain, nous réduirons de 75 % les taux de prévalence et d'incidence des plaies de pression; nous porterons à moins de 5 % le taux de prévalence qui est actuellement de 20 %, et à moins de 2,5 % le taux d'incidence qui s'établit actuellement à 10 %.* »

à établir un objectif souple, examinez ce que font les chefs de file du secteur. Si vous ne trouvez pas d'exemples bien définis de pratiques exemplaires, commencez par établir l'objectif de réduire de moitié les soins sous-optimaux et les événements ou les temps d'attente indésirables.

- **Valeur tangible** – Assurez-vous que votre objectif représente une valeur tangible pour vos pensionnaires.

3.4 DÉTERMINER LES MESURES : COMMENT SAURONS-NOUS SI UN CHANGEMENT REPRÉSENTE UNE AMÉLIORATION?

Les mesures vous disent si les changements que vous effectuez constituent vraiment des améliorations tangibles. Elles vous donnent des preuves concrètes qui étayent vos arguments en faveur du changement et accroîtront aussi les soutiens à l'égard de l'initiative.

3.4.1 Types de mesures

Les initiatives AQ doivent utiliser trois types de mesures pour fixer des objectifs et les atteindre :

- **Mesures des résultats** – Elles représentent la « voix du pensionnaire » et décrivent la performance du système. Autrement dit, quels sont les résultats? Les exemples comprennent le nombre de plaies de pression et de chutes.
- **Mesures du processus** – Elles représentent la « voix des rouages du système ». Autrement dit, les étapes du processus permettent-elles au système de produire les résultats prévus? Les exemples comprennent les taux d'évaluation des risques de chutes et de plaies de pression, les taux de participation pour les pensionnaires dont vous vous occupez et les taux d'intervention pour les pensionnaires à risque élevé.
- **Mesures de pondération** – Elles permettent de voir le système selon divers points de vue. Autrement dit, les changements visant à améliorer une partie du système entraînent-ils d'autres problèmes dans d'autres parties du système? Les exemples comprennent la satisfaction du personnel, les répercussions financières et le nombre de contraintes (lors de la mise en place d'un programme de prévention des chutes).

3.5 DÉFINIR LES CHANGEMENTS : QUELS CHANGEMENTS POUVONS-NOUS APPORTER QUI MÈNERONT À UNE AMÉLIORATION?

Idées de changement – Changements qui mettent l'accent sur l'amélioration d'étapes spécifiques d'un processus. Ce sont des idées pratiques qui peuvent être rapidement testées.

Concepts de changement – D'un autre côté, il existe des principes plus vastes qui donnent une orientation générale pour planifier les améliorations.

Par exemple, « faire participer le pensionnaire aux soins » est un concept de changement. Discuter des stratégies de prévention des chutes avec le pensionnaire et sa famille et leur demander d'expliquer ces stratégies est une idée de changement.

Toutes les améliorations nécessitent des changements,
mais tous les changements ne constituent pas des améliorations.

www.ihl.org

3.5.1 Idées de changement

Les équipes AQ SLD peuvent avoir des idées sur les changements à apporter. Il est important de faire appel au savoir-faire du groupe lorsqu'on réfléchit aux domaines qui peuvent être améliorés.

Premièrement, recherchez des idées de solution d'un problème ou d'amélioration des soins en :

- demandant aux membres de l'équipe de proposer des idées;
- étudiant les pratiques exemplaires en place dans d'autres foyers de SLD ou organismes;
- créant des plans de processus ou des diagrammes en arête de poisson pour identifier les problèmes et les solutions potentielles;
- étudiant les concepts de changement génériques (approche générale d'amélioration de la qualité), puis en organisant une séance de remue-méninges sur la façon d'adapter ou d'appliquer ces idées à l'échelon local.

Shigeo Shingo a intégré la prévention des erreurs à la chaîne de production de Toyota. On trouvera d'autres concepts de changement à l'annexe A.

Deuxièmement, faites une liste des idées de changement qui vous semblent les plus aptes à se traduire par une amélioration. Le fait d'utiliser les mesures pour comprendre les processus actuels vous aidera à déterminer les changements que l'équipe doit étudier de manière plus poussée.

3.5.2 Concepts de changement

Beaucoup de concepts de changement offrent des possibilités d'amélioration aux foyers de SLD.

- La méthodologie Lean met l'accent sur les concepts de changement pour réduire les gaspillages.
- La méthodologie Six Sigma met l'accent sur les concepts de changement pour améliorer la fiabilité d'un processus.
- Les concepts de changement « accès accéléré » mettent l'accent sur la réduction des temps d'attente pour les rendez-vous.
- Les concepts de changement visant l'efficacité prônent une meilleure coordination entre les services.

Voici quelques exemples de concepts de changement et d'idées de changement que l'équipe AQ SLD peut utiliser pour appliquer les concepts 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.

L'annexe A contient des exemples de concepts de changement

3.6 AMÉLIORATION RAPIDE PAR CYCLE : QUE SONT LES CYCLES PLANIFICATION-EXÉCUTION-ÉTUDE-ACTION (PEEA)?

3.6.1 Tester et mettre en œuvre des idées de changement

Dans cette section, nous décrivons les outils qui permettent aux équipes AQ SLD de tester et de peaufiner les idées de changement, puis de les mettre en œuvre à plus grande échelle.

Une fois que vous avez déterminé les idées de changement possibles, testez chaque idée en profondeur en appliquant une succession rapide de petits tests et en essayant diverses idées en combinaison. Utilisez les cycles et les rampes PEEA (décrits de manière plus détaillée aux sections 3.6.3 et 3.6.4) pour appliquer et évaluer le changement et pour que l'équipe et le projet restent sur la bonne voie. Après avoir analysé les résultats, appliquez les changements productifs à d'autres parties de l'organisme.

Les cycles PEEA présentent l'approche la plus efficace d'amélioration, car ce qui semble être une pratique avant-gardiste dans un établissement peut ne pas fonctionner aussi bien ailleurs. Il faudrait peut-être l'adapter à votre environnement, étant donné que chaque organisme présente divers mélanges de compétences, de gens, d'équipements et de politiques. De plus, tous les pensionnaires d'un foyer n'ont pas les mêmes âges, cultures, langues, éducations ou statuts socioéconomiques.

Par ailleurs, essayer de modifier un système d'un seul coup peut susciter une certaine résistance. Les gens ont souvent peur du changement, sont sceptiques au sujet des avantages et sont habitués aux anciennes manières de procéder. De petits changements constituent un moyen peut risqué d'essayer de nouvelles idées auxquelles les gens peuvent résister au départ. Ils peuvent illustrer les avantages d'une nouvelle initiative et encourager les gens à l'accepter.

De plus, tout changement peut avoir des conséquences inattendues. Les petits changements permettent de déceler les effets indésirables dès le début, permettant à l'équipe AQ SLD de modifier ou d'abandonner une idée de changement sans tarder.

3.6.2 Jeter les assises avant d'entreprendre les cycles PEEA

Avant d'entreprendre les cycles PEEA :

1. Organisez vos idées en groupes, dont chacun représente une notion ou une approche similaire à l'égard du changement ou du concept de changement.
2. Décidez lesquelles des idées de changement sont au sommet des priorités et devraient être testées en premier (utilisez les outils d'analyse du système décrits à la section 4.1 pour établir les priorités).
3. Déterminez divers moyens dont chaque idée de changement pourrait être appliquée.

Vous êtes maintenant prêt à commencer vos cycles PEEA.

3.6.3 Les cycles PEEA point par point

Vous pouvez utiliser les cycles PEEA pour élaborer des idées de changement, tester des changements à petite échelle et mettre en œuvre les changements dans votre service de SLD et votre organisme.

Suivez ces étapes pour effectuer un **cycle PEEA**

Étape 1	PLANIFICATION Énoncez l'objet du cycle PEEA; élaborer une idée de changement, testez-vous ou mettez-vous en œuvre un changement? Quelle est votre idée de changement? Quel(s) indicateur(s) de réussite évaluerez-vous? Comment collecterez-vous les données relatives à ces indicateurs? Qui ou quoi sera le sujet de l'essai? Combien de sujets seront-ils inclus dans l'essai et sur quelle période? Que se passera-t-il selon vous?
Étape 2	EXÉCUTION Effectuez l'essai. Documentez les problèmes et conséquences inattendus.
Étape 3	ÉTUDE Analysez les données et étudiez les résultats. Comparez les données avec vos prévisions. Résumez ce que vous avez appris et réfléchissez-y.
Étape 4	ACTION Peaufinez l'idée de changement en tenant compte des leçons tirées de l'essai. Préparez un plan pour l'essai suivant.

OUTILS

Vous pouvez trouver la feuille de travail PEEA, illustrée ici, grandeur normale, dans la section du guide sur les modèles d'outils. On peut aussi télécharger le dernier modèle à partir de <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>

Ontario
Ministère de la Santé et des Services sociaux

FORMULAIRE PLANIFICATION-EXÉCUTION-ÉTUDE-ACTION

Objectif pour ce cycle PEEA : _____ Date : _____

Ce cycle est-il utilisé pour :
 concevoir ou tester ou mettre en œuvre un changement?

À quelle(s) question(s) souhaitez-vous répondre pour ce cycle PEEA?

PLANIFICATION :
Écrivez de répondre aux questions : Qui, quoi, quand, où?
Écrivez de collecter les données : Qui, quoi, quand, où?
Prévisions pour les questions ci-dessus selon le plan : _____

EXÉCUTION :
Effectuez le changement ou testez, collectez les données et commencez l'analyse.

ÉTUDE :
Terminez l'analyse des données.
Comparez les données aux prévisions et résumez ce qui a été appris.

ACTION :
Sommes-vous prêts à faire un changement? Préparez le cycle suivant.

CONSEIL!

N'oubliez pas de documenter tous les cycles PEEA. Cela vous permettra de suivre les changements qui aboutissent à des améliorations et d'annoter les diagrammes de progression – un moyen graphique de suivre vos données dont il est question au chapitre suivant.

3.6.4 Utiliser les rampes PEEA

Chaque idée de changement nécessite une série de cycles PEEA pour la tester, si possible d'abord auprès d'un pensionnaire, puis de deux ou trois, et pour finir, auprès d'un groupe plus important. On appelle « rampe PEEA » ce processus d'utilisation d'une série de cycles PEEA pour tester une idée. L'équipe AQ SLD peut instaurer des rampes PEEA les unes après les autres ou simultanément.

Dans la figure 2, un foyer de SLD essaie de réduire le taux de plaies de pression. L'équipe AQ SLD envisage trois concepts de changement représentés par chacune des trois rampes PEEA. La première teste une idée de changement pour améliorer l'autogestion; la deuxième teste une idée de changement pour les rondes à risque élevé; et la troisième teste une idée de changement pour un système de rappel lié à l'horaire des changements de position.

Outre la rampe « autogestion des pensionnaires », l'équipe peut essayer plusieurs cycles PEEA pour essayer de donner aux pensionnaires et à leurs familles des renseignements sur la manière de réduire les risques de plaies de pression. Il faudrait pour cela remettre à un pensionnaire et à sa famille une brochure sur la prévention des plaies de pression, voir si le pensionnaire utilise cette information pour mieux s'autogérer, et lui demander ce qu'il en pense. Le cycle suivant pourrait inclure deux ou trois pensionnaires et leurs familles, auxquels on demandera l'impact du processus sur l'autogestion et des commentaires, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les pensionnaires et les familles conviennent que la brochure est conviviale et qu'on la montre pour appuyer l'autogestion auprès d'un groupe défini de pensionnaires.

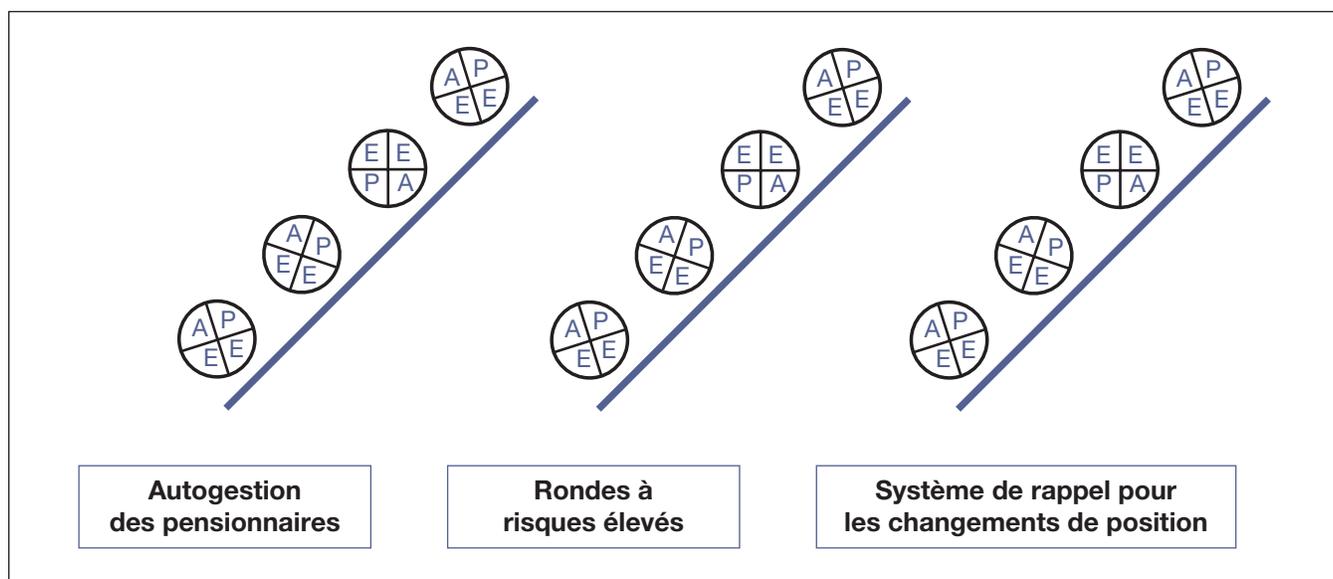


FIGURE 2 | Exemple de rampes PEEA pour la prévention des plaies de pression

3.6.5 Charte du projet : Récapitulation

La charte du projet AQ documente votre objectif et décrit votre initiative AQ. Plus précisément, elle décrit l'objectif, la portée, les mesures et les cibles de réussite. Elle indique les principaux membres de l'équipe AQ, le temps et les ressources qui doivent être investis, et les avantages potentiels. Une charte de projet bien établie définit l'objectif et favorise la réussite.

L'AQ est conforme aux éléments clés de la gestion du projet, et aux pratiques commerciales exemplaires. Elle permet de se pencher sur les problèmes qui sont importants pour l'organisme, favorise les économies de coûts et assure un service de qualité supérieure qui accroît la satisfaction des pensionnaires et des soignants. Les établissements de soins de longue durée peuvent prôner la propagation à l'échelle de l'organisme des améliorations effectuées en documentant l'information décrite dans la charte du projet de sorte que les avantages du projet d'amélioration sont clairement définis.

La philosophie du D^r Deming est la suivante : « en adoptant des principes de gestion appropriés, les organismes peuvent accroître la qualité tout en réduisant les coûts (en éliminant le gaspillage, modifiant les façons de travailler, réduisant le personnel et les litiges et fidélisant la clientèle). »²

Ontario
Qualité des services de santé Ontario

CHARTRE DE PROJET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ SLD

Titre du projet :		Responsable :	
Chef d'équipe :			
Membres de l'équipe :		Poste et organisme ou établissement :	
Nom :			
Pensionnaires qui bénéficieront du projet :		Types de personnel clinique et administratif, fournisseurs, etc., participants :	
Problème/Énoncé de possibilité (Quels sont les problèmes de qualité?)			
Énoncé d'objectif (Qu'essayons-nous d'accomplir? Objectif d'amélioration en chiffre, sur quelle période?)			
Mesures (Comment saurons-nous si nous nous améliorons?)			
Mesures des résultats			
Mesures des processus			
Mesures de pondération			

Idées de changement (Que pouvons-nous faire pour améliorer le système?)	
Analyse de rentabilisation (Avons-nous réduit les coûts du foyer de SLD et/ou du système de santé en réglant le problème?)	
Lien avec la stratégie organisationnelle des foyers de SLD	
Durée du projet (date du début et de la fin du projet) :	Budget du projet :
Étapes déterminantes prévues :	
Période estimative requise pour la participation du personnel :	

² Dr. W. Edwards Deming, Dr. Deming's Management Training, 27 avril 1998.
www.dharma-haven.org/five-havens/deming.htm

INTRODUCTION : QUELS SONT NOS PROBLÈMES DE QUALITÉ?

La première étape du processus de planification d'une initiative AQ SLD consiste à analyser vos processus et à comprendre les problèmes.

Un processus est une série d'étapes ou d'actions reliées les unes aux autres dans le but de parvenir à un résultat. Il a un point de départ et un point d'arrivée. Un processus a un objectif et une fonction en soi, mais ne peut fonctionner entièrement en vase clos. Il interagit plutôt avec l'ensemble du système. Pour améliorer un processus, vous devez peaufiner et optimiser ses étapes.

Il existe divers outils et méthodes AQ qui peuvent être utilisés à des moments différents au cours d'un projet ou pour répondre à des besoins précis. Par exemple, il existe des outils pour vous aider à comprendre et à analyser votre processus, ainsi que des outils qui montrent les répercussions de vos changements au moyen de méthodes graphiques et statistiques.

4.1 OUTILS POUR COMPRENDRE ET ANALYSER VOTRE PROCESSUS SLD

La science de l'AQ offre divers outils pour identifier la source des problèmes de qualité et focaliser les efforts d'amélioration. Chaque outil a son objectif et il est important de choisir le bon outil pour chaque analyse. Le tableau suivant indique les outils AQ décrits dans le présent chapitre et quand ils doivent être utilisés.

OUTIL	SECTION	QUAND ON DOIT L'UTILISER
Diagramme en arête de poisson/Ishikawa/cause-effet	4.1.1	Pour organiser une séance de remue-méninges autour des principales causes d'un problème de qualité et des causes secondaires aboutissant à chaque cause principale.
Cinq pourquoi	4.1.2	Pour analyser en profondeur la cause d'un problème.
Schématisation du processus	4.1.3	Pour comprendre les différentes étapes qui se produisent dans votre processus; un outil fondamental pour tout projet AQ SLD.
Feuille de vérification	4.1.4	Pour collecter des données sur votre problème de qualité et déterminer la principale source du problème.
Graphique de Pareto	4.1.5	Pour illustrer vos lacunes ou les causes des lacunes, de manière graphique.

OUTILS

Les outils décrits dans cette section sont disponibles sous forme de modèles à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html> où vous pourrez aussi trouver des exemples et d'autres explications.

4.1.1 Diagramme en arête de poisson/Ishikawa/cause-effet

Le diagramme en arête de poisson, également appelé diagramme Ishikawa ou cause-effet, est un outil simple qui peut être utilisé lors de séances de remue-méninges pour déceler les causes possibles d'un problème de qualité. Un diagramme en arête de poisson (figure 3) est une première étape importante, car beaucoup d'équipes AQ SLD s'empressent d'essayer de régler une cause sans essayer d'évaluer les autres causes possibles.

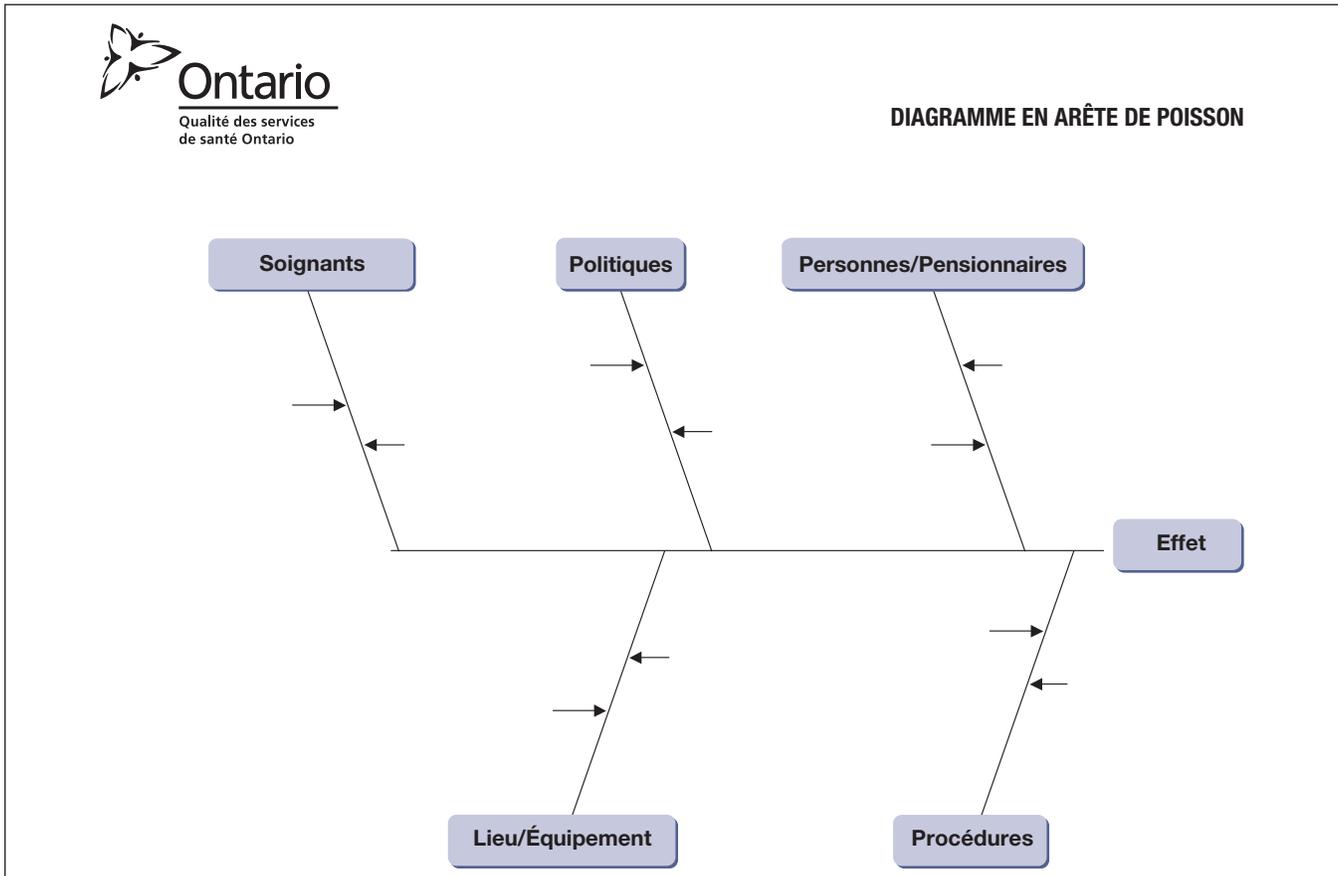


FIGURE 3 | Modèle de diagramme en arête de poisson/Ishikawa/cause-effet

Instructions point par point

1. Indiquez le nom du problème de qualité (effet) dans la boîte située à l'extrême droite du diagramme.
2. Sur la gauche du tableau, tracez une ligne centrale (épine) à partir de laquelle vous tracez des lignes diagonales (arêtes de poisson) représentant des groupes différents des causes du problème. Par exemple, certaines équipes utilisent les cinq P (personne/pensionnaire, soignants/personnel, politiques, processus/procédures et lieu/équipement); d'autres utilisent les six M (machine, méthode, matériaux, mesure, homme et mère Nature; tandis que d'autres utilisent encore les quatre S (environnement, soignants, systèmes et compétences). Choisissez les groupes qui correspondent le mieux à votre organisme et à votre problème.
3. Demandez aux membres de votre équipe AQ SLD de déterminer les différentes causes et de les énumérer le long de la ligne diagonale ou du groupe approprié.
4. Les membres de l'équipe peuvent prendre n'importe quelle cause et tracer une ligne et d'autres arêtes le long de l'épine pour décrire d'autres facteurs qui contribuent à la cause.

Après avoir déterminé les principaux groupes, prenez le temps de définir les différentes causes. Encouragez les équipes à étudier toutes les branches du diagramme et à ne pas accorder trop d'attention à une seule ou deux catégories de causes. C'est ce que l'on appelle séance de remue-méninges et il est préférable de ne pas discuter des idées au cours de cette activité.

Lorsque le diagramme en arête de poisson est terminé, l'équipe AQ SLD peut commencer à l'étudier pour comprendre et analyser la ou les causes du problème (ou les effets). L'équipe peut aussi utiliser le diagramme en arête de poisson pour documenter des idées dont elle ne tiendra pas compte au début, mais qu'elle voudra étudier plus tard.

Processus style diagramme en arête de poisson

Selon votre établissement, il vous semblera peut-être utile d'utiliser le diagramme en arête de poisson pour analyser un processus ou un service particulier. Le cas échéant, vous pouvez utiliser la variation processus style diagramme en arête de poisson (figure 4) :

1. Déterminez certains processus clés utilisés pour fournir un service présentant un problème de qualité.
2. Illustrez ces processus en séquence horizontale.
3. Tracez des lignes diagonales à partir de chaque processus.
4. Demandez aux membres de l'équipe AQ SLD d'identifier les problèmes qui surviennent à chaque étape ou processus et de les indiquer le long de chaque ligne diagonale.

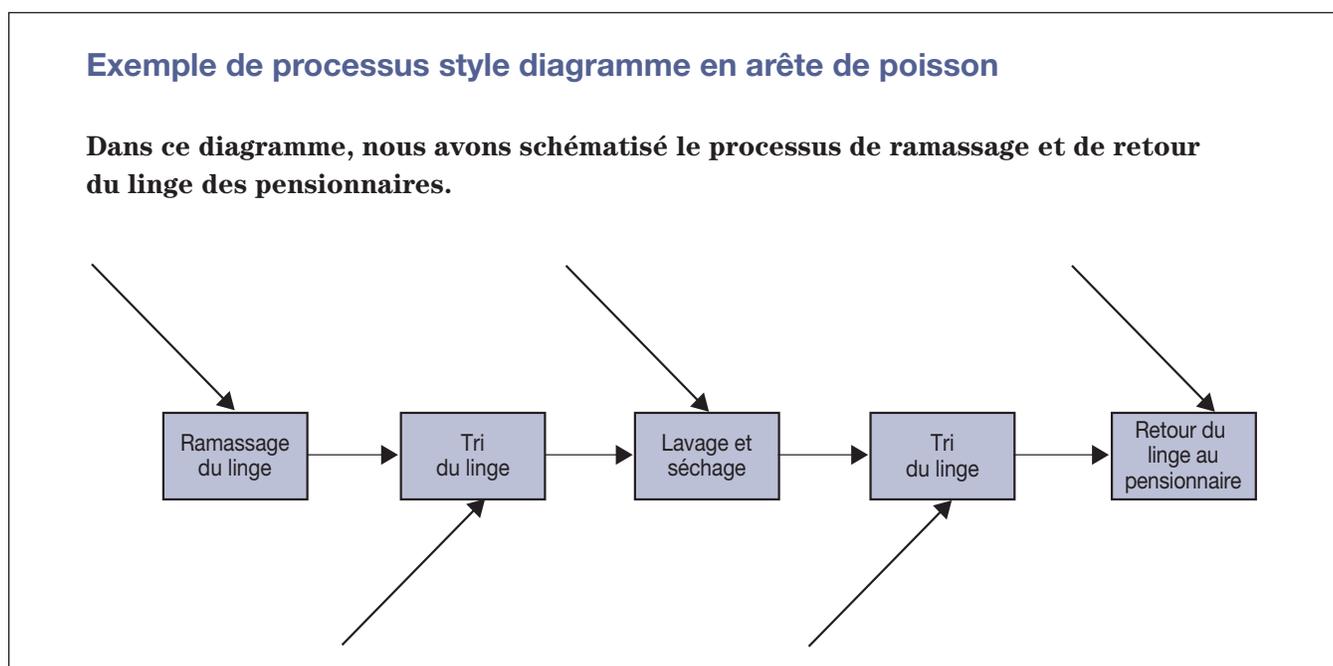


FIGURE 4 | Processus diagramme en arête de poisson

4.1.2 Les cinq pourquoi

Les cinq pourquoi consistent en un simple outil de remue-méninges qui peut aider les équipes AQ SLD à étudier les causes profondes d'un problème. Pour un problème que vous avez déterminé (en utilisant le diagramme en arête de poisson ou en schématisant le processus), posez des questions « pourquoi » pour étudier les causes profondes du problème. Cet outil permet aux équipes d'aller au-delà des réponses évidentes et de réfléchir à des explications moins évidentes.

Instructions point par point

1. Énoncez le problème qui vous semble être un problème stratégique à résoudre.
2. Commencez à demander les pourquoi associés au problème. Faites comme les enfants, répondez par pourquoi chaque fois qu'on vous suggère une cause.
3. Demandez autant de pourquoi que nécessaire afin d'obtenir des réponses à un niveau réalisable (il est normal de poser cinq fois la question).

Les cinq pourquoi représentent une stratégie souvent utilisée pour étudier en profondeur un problème décelé à l'aide d'un autre outil, comme le diagramme en arête de poisson ou la schématisation du processus. Évitez de demander les cinq pourquoi sans élaborer pour ne pas limiter la réflexion ou éviter les préjugés.

Les cinq pourquoi à l'œuvre

Un foyer de SLD avait l'impression que les pensionnaires susceptibles d'avoir des plaies de pression ne changeaient pas de position aussi souvent que l'indiquait le plan de soins. L'équipe AQ SLD a utilisé un processus style diagramme en arête de poisson pour obtenir un contexte. L'équipe a découvert que la principale cause du problème était attribuable au fait que 30 % des préposés au service de soutien à la personne n'avaient pas pris connaissance du plan de soins. Ils ont alors utilisé les cinq pourquoi pour déterminer la véritable cause du problème.

Pourquoi les préposés au service de soutien à la personne n'ont-ils pas pris connaissance du plan de soins? Beaucoup sont employés à contrat et ne savent pas où se trouve ce plan. Pourquoi? Ils ne le demandent pas ou nous ne faisons pas ce qu'il faut pour qu'ils le sachent. Pourquoi? Nous n'offrons pas de séances d'orientation aux employés sous contrat. Pourquoi? ... il faudrait peut-être le faire!

Compte tenu de cette analyse, le personnel titulaire a examiné le programme d'éducation et d'orientation destiné aux préposés au service de soutien à la personne sous contrat. Depuis, tous les préposés sont au courant des détails du plan de soins et le programme de prévention des plaies de pression porte ses fruits.

CONSEIL!

Il est recommandé de commencer par créer un diagramme en arête de poisson, puis d'utiliser les pourquoi pour examiner les causes qui revêtent le plus d'importance pour l'équipe AQ. Étudiez les causes spécifiques pour lesquelles on peut faire des changements.

4.1.3 Schématisation du processus

Le plan du processus, également appelé organigramme, décrit les étapes différentes d'un processus, par exemple, toutes les étapes qu'un foyer de SLD prend pour fournir un type particulier de service. Le plan du processus permet aux équipes AQ SLD de déterminer les problèmes qui peuvent être réglés. C'est un outil fondamental qui devrait être utilisé dans toutes les initiatives AQ SLD, car il donne aux équipes une vue précise des processus. Si l'équipe ne parvient pas à s'entendre sur les services présentant des problèmes, on devrait collecter des données pour appuyer chaque argument.

Les équipes AQ SLD devraient commencer par un processus de haut niveau (cinq à douze étapes) et pourraient décider ensuite d'approfondir un ensemble particulier de processus où les problèmes semblent être les plus importants et établir un plan plus détaillé.

Instructions point par point

1. Réunissez un groupe comprenant des représentants de toutes les catégories de soignants qui contribuent significativement au service. Intégrez au groupe des utilisateurs ou des pensionnaires.
2. Faites appel à un facilitateur neutre.
3. Mettez-vous d'accord sur les première et dernière étapes ou activités – les points de départ et d'arrivée.
4. Concentrez-vous sur les étapes ou activités qui couvrent 80 % de ce qui se passe. (Ne perdez pas de temps sur les exceptions).
5. Schématisez le processus actuel et non le processus idéal.
6. Inscrivez chaque processus schématisé sur un papillon adhésif que vous placez sur un tableau blanc (vous pouvez inscrire sur le papillon le nom de la personne qui l'a produit et où).

OUTILS

On peut trouver une feuille de schématisation du processus à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>.

Si des personnes clés ne peuvent se réunir pour schématiser un processus, vous pouvez procéder comme suit :

1. Affichez un tableau blanc illustrant les processus partiellement schématisés dans un endroit où les soignants passent fréquemment (p. ex. le coin-repas ou la salle du personnel).
2. Encouragez le personnel à noter sur les papillons adhésifs ce qui manque dans le processus. Si une personne n'est pas d'accord avec la manière dont un processus est représenté, elle peut ajouter une autre représentation du processus, sous la partie où il y a un désaccord.
3. Laissez le tableau pendant une période définie (p. ex., un jour ou une semaine).

Différents types de plans de processus

Il existe plusieurs types de plans :

- **Détaillé** – le plus commun
- **Haut niveau** – le plus rapide, le plus simple et le moins détaillé
- **En banderole** (descendant) – ajoute de la profondeur au processus de haut niveau, mais sans trop de détails.
- **Ligne de couloir** – indique la fonction des différents postes/personnes dans un plan de processus détaillé

Chaque type de plan présente le processus de manière légèrement différente. Pour déterminer le plan que vous utiliserez, vous devez comprendre comment vous devez visualiser votre processus en fonction de vos besoins particuliers durant un projet. Parfois, un plan de haut niveau est tout ce dont vous avez besoin. Vous pouvez décider de créer un plan détaillé ou en ligne de couloir sur les sous-ensembles de votre processus seulement quand vous en avez besoin. Évitez de tracer toutes les parties de votre processus en détail!

1. Plan de processus détaillé

Ce type de plan décrit généralement les processus en mode séquentiel du début à la fin (figure 5).

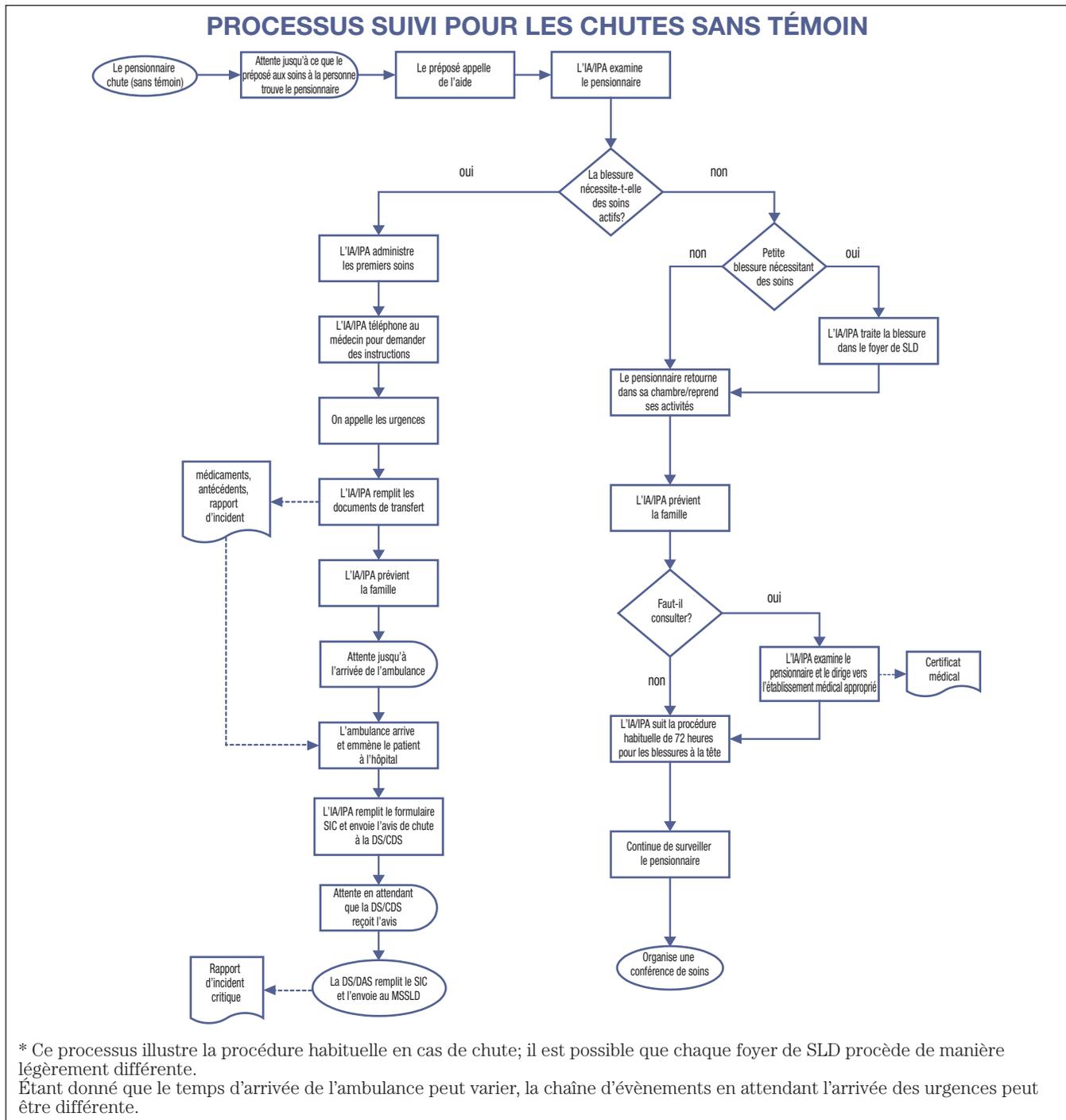


FIGURE 5 | Exemple de processus détaillé

Lorsque vous affichez un plan de processus, n'oubliez pas d'inclure une légende (figure 6).

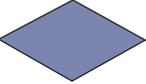
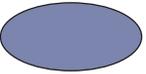
TYPE DE SCHÉMATISATION DU PROCESSUS		
PROCESSUS :	Rectangle	
DÉCISION :	Losange	
DÉBUT / FIN :	Ovale	
ENTRÉE OU SORTIE DE DONNÉES :	Parallélogramme	
DOCUMENTATION :	Document	
ATTENTE :	Point centré	
BASE DE DONNÉES :	Cylindre	
ÉTAPE INDÉTERMINÉE :	Nuage	
CONNECTEUR :	Cercle	

FIGURE 6 | Exemple de légende

2. Plan de haut niveau

Ce type de plan est le plus élémentaire de tous (figure 7). Il indique les étapes principales d'un processus, habituellement cinq à douze étapes. Il constitue un bon départ et est souvent suivi d'un plan en banderole.

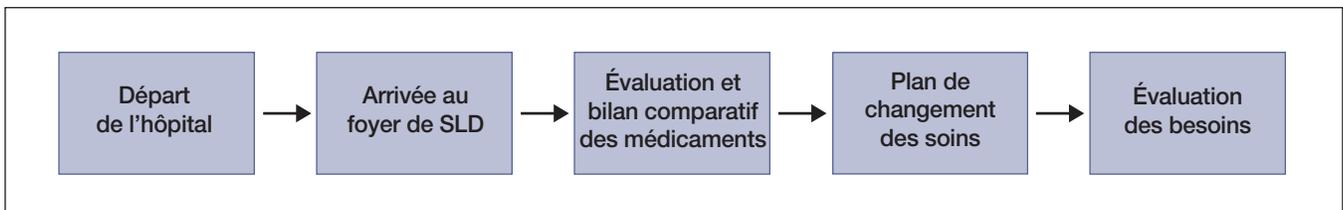


FIGURE 7 | Exemple de plan de haut niveau pour le transfert du pensionnaire de l'hôpital au foyer de SLD

3. Plan en banderole

Pour créer un plan en banderole (figure 8) : ce type de plan décrit les principales étapes d'un processus, habituellement cinq à douze. Il constitue un bon départ et est souvent suivi d'un plan en banderole.

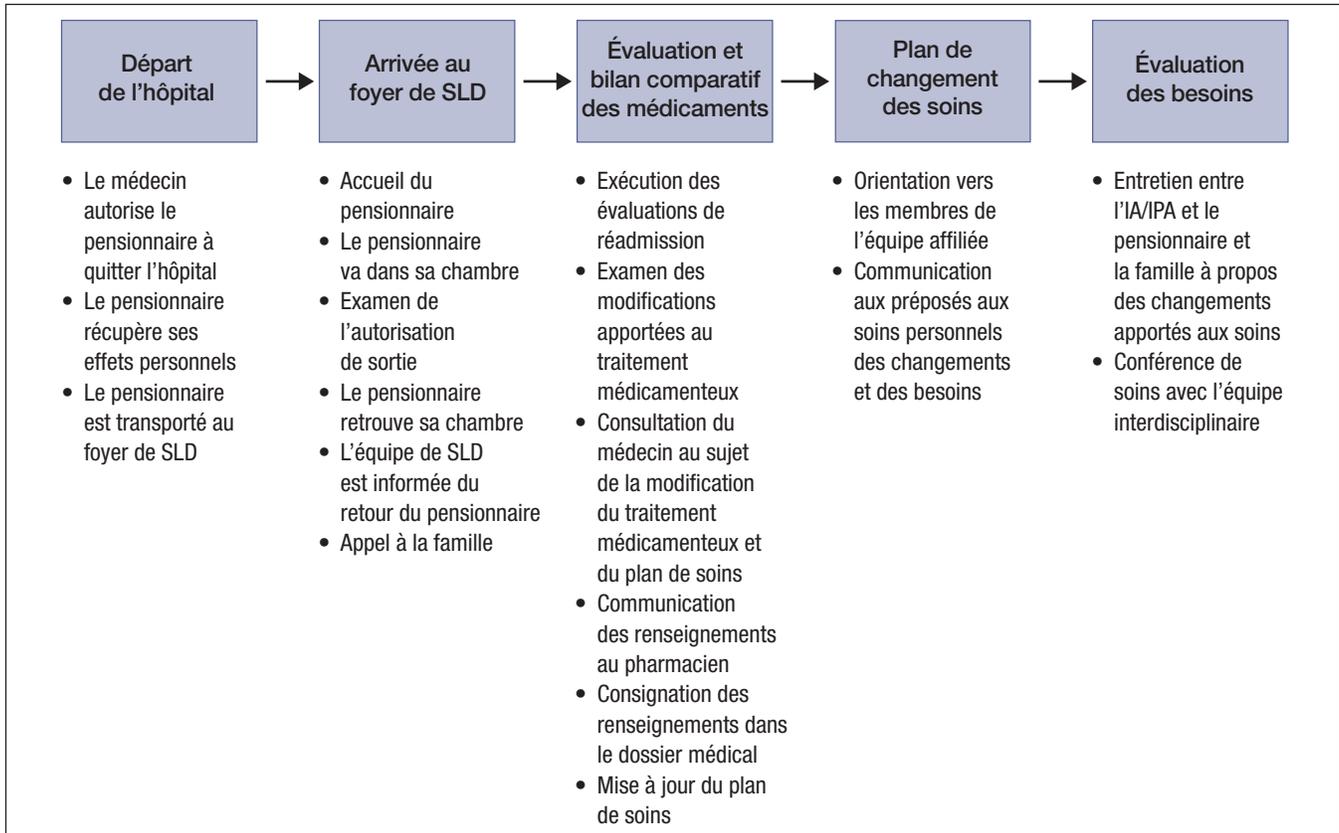


FIGURE 8 | Exemple de plan en banderole

CONSEIL!

Ce type de processus peut être utile si l'équipe de SLD a des difficultés concernant le niveau approprié de détail. Si votre équipe comprend un grand nombre de personnes axées sur les détails, vous pouvez mettre ces derniers de côté tout en gardant une vue d'ensemble de la situation.

4. Plan en ligne de couloir

Dans ce type de processus, chaque « ligne » porte le nom d'un membre de l'équipe de soins ou du lieu essentiel à la réussite du processus. N'oubliez pas d'inclure le pensionnaire. Chaque étape du processus est placée dans la ligne de couloir appropriée selon la personne qui s'en occupe. Ce type de plan permet à l'équipe AQ SLD de voir combien d'interventions ont lieu pendant toute la durée du processus. Les interventions inutiles sont signes d'inefficience et accroissent le risque d'erreur.

La figure 9 montre le processus d'un pensionnaire recevant un nouveau médicament. Au moins trois interventions se produisent durant le processus à partir du moment où l'ordonnance est établie : du médecin à l'infirmière, de l'infirmière au pharmacien, puis au pensionnaire. S'il y a une question, les interventions se poursuivent par l'entremise de l'infirmière et du médecin.

CONSEIL! Le plan en ligne de couloir est utile pour identifier les interventions pouvant entraîner un problème et pour savoir qui est responsable de quel processus.

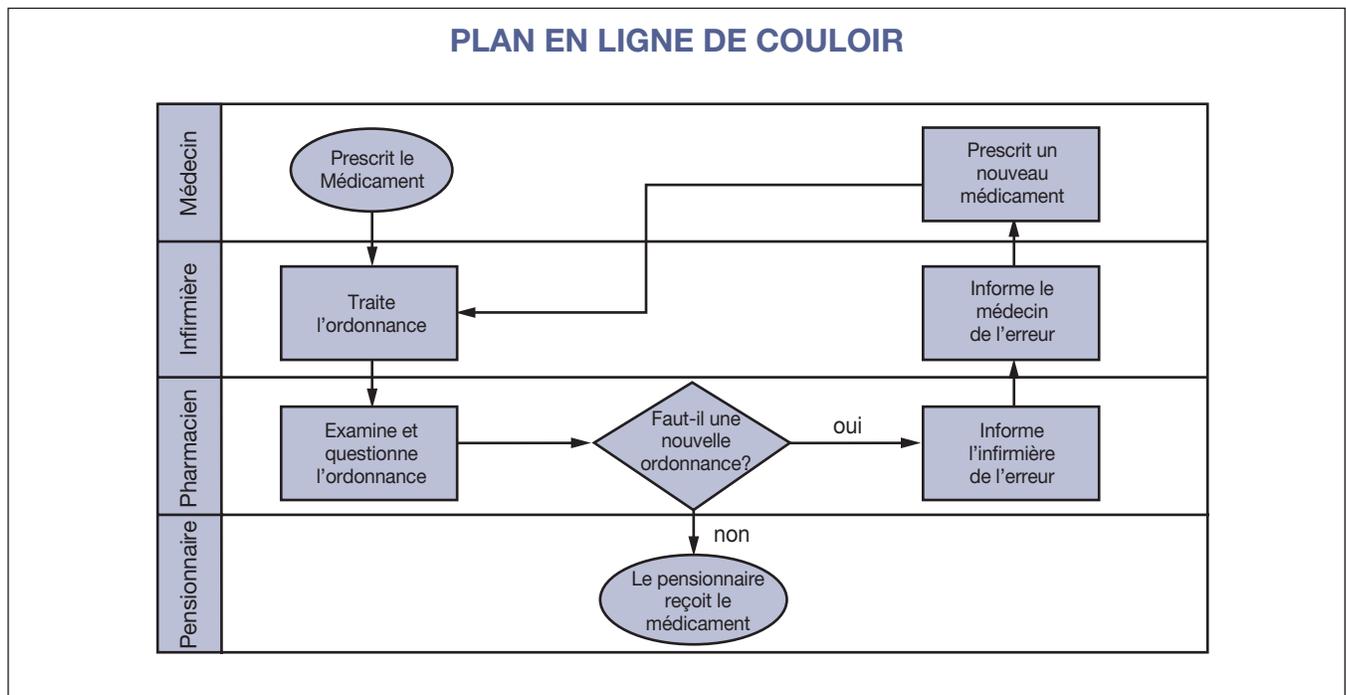


FIGURE 9 | Exemple de plan en ligne de couloir pour le bilan comparatif des médicaments

Analysez votre plan

Lorsque vous avez schématisé votre processus, posez-vous les questions suivantes :

- Où sont les goulots d'étranglement? Comment peut-on les éliminer?
- Quelles sont les incohérences dans les manières de faire? Qu'est-ce qui peut être standardisé?
- Peut-on faire les choses :
 - dans une séquence différente?
 - en parallèle?
 - par une personne différente ayant de meilleures compétences ou des compétences identiques, à un coût inférieur ou au même coût?
- Peut-on rapprocher les étapes pour réduire les déplacements?
- Est-ce que chaque étape comporte une valeur ajoutée? Sinon, peut-on l'éliminer?

Il est essentiel de schématiser le processus pour améliorer la qualité, car cela permet à l'équipe de discuter et d'en comprendre chaque étape.

4.1.4 Feuilles de vérification

La feuille de vérification est un simple outil de collecte de données qui peut aider l'équipe AQ SLD à déterminer la cause la plus importante d'un problème de qualité. Elle peut aussi servir à collecter des renseignements sur le problème ou divers aspects du problème. Cet outil est utile lorsque l'équipe a déterminé un certain nombre de causes ou de problèmes ou défaillances et souhaite savoir lequel est le plus important.

OUTILS

Vous pouvez trouver la feuille de vérification illustrée ici, grandeur nature, dans la section « outils » du présent guide. Vous pouvez aussi télécharger ce modèle à partir de <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>.

Ontario
Services de santé
Longue durée

LTC CHECK SHEET WORKSHEET

Utiliser ces données pour produire des graphiques de Pareto et découvrir les causes communes qui sous-tendent les problèmes et vous concentrer sur les possibilités d'amélioration.

Nom de l'organisme/du lieu : _____

Questions Remarques : _____
(Exemples de questions suggérées : Pourquoi ce charge est pas la plupart des patients connus cela est inclus dans le plan de soins? Pourquoi les patients ne font-ils pas l'objet de déjeunés conformément au protocole?)

Détails concernant le lieu : _____ Enregistreurs des données : _____

Date de début : _____ Date de la fin : _____

Défaillance ou cause de la défaillance	Compte (ajoutez des zéros)	Nombre total de causes	Pourcentage du total
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			
TOTAL			

Instructions point par point

1. Dressez une liste des défaillances ou des causes les plus fréquentes. Vous pouvez en énumérer autant que vous voulez, une liste normale en comprend entre six et dix en général. Incluez une catégorie « autre ».
2. Créez une feuille de vérification (voir le modèle à la section « outils »).
3. Décidez comment vous collecterez les données, par exemple, prospectivement ou rétroactivement, en utilisant des vérifications ou d'autres documents.
4. Établissez une période de collecte des données. Idéalement, cette période devrait être assez longue pour que vous puissiez observer au moins 50 défaillances ou causes. Si vous collectez des données prospectivement, la période ne doit pas être trop longue (p. ex., une à deux semaines).
5. Indiquez qui collectera les données (le vérificateur du tableau ou le soignant). Demandez à cette personne d'indiquer sur la feuille de vérification (figure 10) chaque fois qu'une défaillance ou une cause se produit. Expliquez bien comment les défaillances ou les causes doivent être définies.
6. Notez les données sur le graphique de Pareto.

TITRE DU PROJET : AMÉLIORER LE SUIVI DES DIABÉTIQUES DANS LE FOYER DE SLD

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 %

FIGURE 10 | Example of a Check Sheet

4.1.5 Graphiques de Pareto

Le graphique de Pareto (figure 11) est un outil qui permet aux équipes de déceler les causes ou problèmes qui se produisent le plus souvent. Le graphique indique les activités ou les domaines qui entraînent souvent des problèmes de qualité. Le graphique de Pareto repose sur la théorie qu'un petit nombre de causes contribuent le plus aux problèmes de qualité. Lorsque quelques activités contribuent le plus au problème, on parle d'effet Pareto. Un effet Pareto classique est observé lorsque 20 % des causes contribuent à 80 % de l'ensemble du problème.

Instructions point par point

1. Placez les données notées sur la feuille de vérification dans un tableau par ordre descendant. Calculez ensuite la fréquence en pourcentage, puis la fréquence cumulée, à partir de ce tableau.
2. Notez cette information sous forme de diagramme à barres, où chaque barre verticale représente une cause ou un problème différent et l'axe vertical gauche représente le nombre de causes et de problèmes/défaillances.
3. Indiquez la barre où la fréquence cumulative est élevée par rapport au nombre de catégories.
4. Recherchez l'effet Pareto, où les premières catégories représentent le plus grand nombre de problèmes.

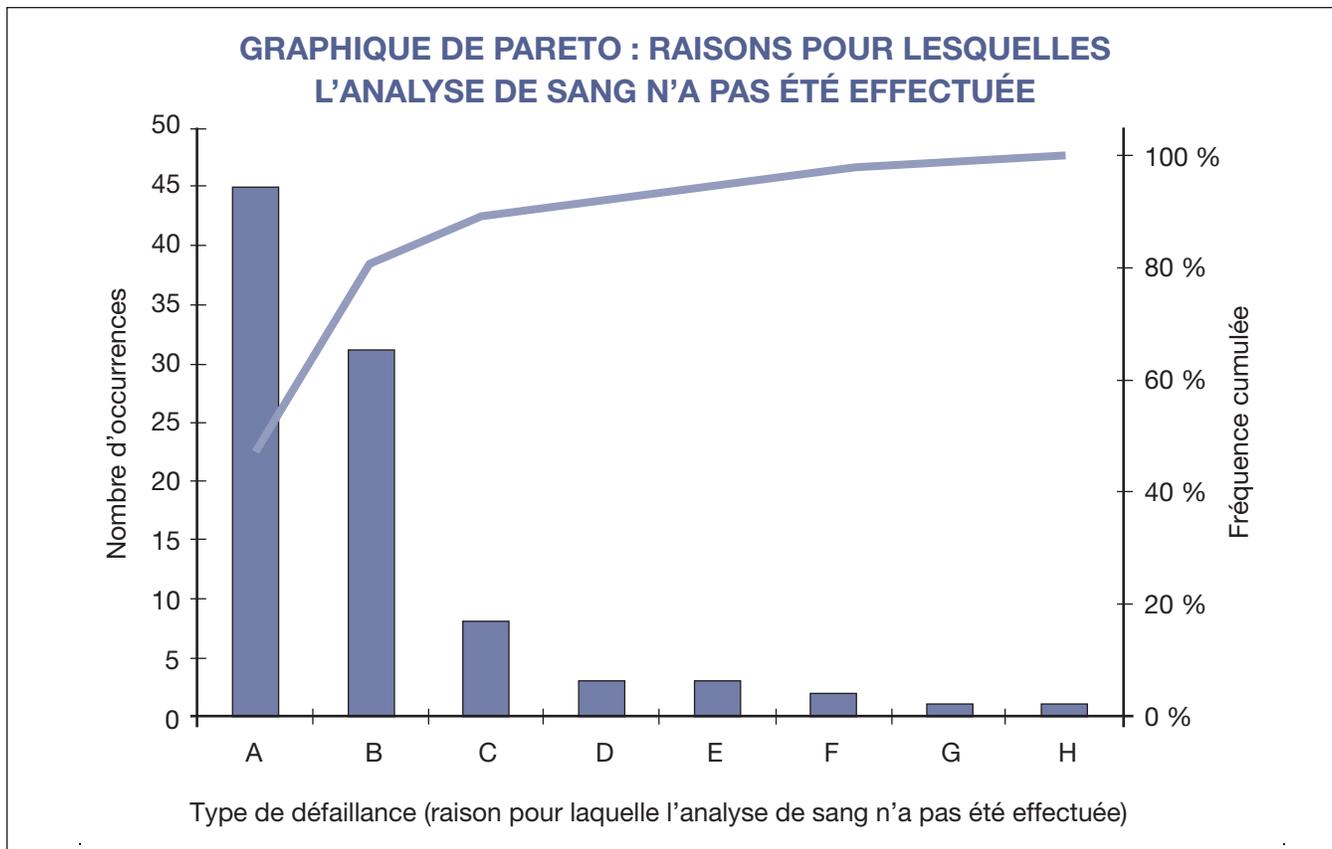


FIGURE 11 | Exemple de graphique de Pareto

OUTILS

Un modèle de graphique de Pareto en Excel (figure 11) est disponible à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>. Cliquez sur « À propos des outils pour les équipes AQ », puis sur « Analyse de votre système », puis sur « Graphique de Pareto ».

4.2 MESURE

4.2.1 Établir un plan de mesure AQ SLD

Indiquez combien de fois vous souhaitez collecter et montrer les données (p. ex., tous les jours, une fois par semaine ou par mois). Vous devez le faire assez souvent afin que votre équipe AQ SLD puisse évaluer les répercussions des changements lorsqu'elles les testent. Collectez l'information se rapportant à chaque résultat visé pour votre projet, le processus et les mesures de pondération à l'aide d'un modèle de plan de mesure. Le modèle vous aidera à expliquer comment vous collecterez les données et à quelle fréquence. Il vous incitera aussi à décrire les stratégies particulières d'échantillonnage ou les stratégies d'analyse du système que vous déciderez d'utiliser.

Dans la mesure du possible, collectez des données qui présentent une image détaillée de chaque expérience vécue par les pensionnaires. Par exemple, combien de minutes faut-il au personnel pour répondre à chaque appel. Procédez ainsi même si votre analyse aboutit à un pourcentage de pensionnaires recevant un niveau cible de réponses.

OUTILS

Vous trouverez un modèle de plan de mesure à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>.

Principales lignes directrices

- Choisissez des mesures qui appuient l'énoncé d'objectif de l'équipe.
- Utilisez des systèmes de collecte de données existants dans la mesure du possible.
- Intégrez les mesures à la routine quotidienne du foyer de SLD.
- Notez les mesures chaque mois.
- Utilisez un ensemble de cinq à sept mesures pour suivre les progrès tout au long de votre projet AQ.

Parfois, les équipes ont besoin de moyens simples pour collecter les données de manière assez fréquente et évaluer les répercussions des changements. Les mini-questionnaires et l'échantillonnage en sont deux exemples.

CONSEIL!

Lorsque vous créez un plan de mesure :

- recherchez l'utilité et non la perfection
- utilisez des échantillons
- n'attendez pas les systèmes d'information
- indiquez les pourcentages et les taux comme il se doit
- essayez, si possible, d'utiliser des valeurs concernant les pensionnaires
- utilisez des chiffres réels dans la mesure du possible

4.2.2 Mini-questionnaires

Les mini-questionnaires peuvent aider une équipe AQ SLD à déterminer une base pour la qualité, analyser les causes éventuelles du manque de qualité et déterminer les solutions potentielles avant de lancer l'initiative AQ SLD. Les mini-questionnaires constituent un moyen particulièrement bon de tester des idées de changement avant de les mettre en œuvre. Ils peuvent aussi être utilisés pendant une initiative AQ SLD pour suivre les progrès réalisés.

CONSEIL!

Les mini-questionnaires peuvent montrer si un petit test particulier se traduit par des améliorations et fournir des données pour la partie « étude » des cycles Planification-Exécution-Étude-Action.

Instructions point par point

1. Créez votre questionnaire. Choisissez une à cinq questions; elles doivent être simples.
2. Testez les questions auprès de cinq à dix personnes.
3. Créez un plan d'échantillonnage. Combien de personnes allez-vous interroger? Qui allez-vous interroger? Quand?
4. Déterminez une méthode de distribution des questionnaires et de collecte des résultats. Si vous questionnez les pensionnaires au sujet d'un service qu'ils reçoivent, collectez les données immédiatement après la prestation du service si possible. Un questionnaire simple d'une page ou d'une demi-page permet en général d'obtenir de bons résultats.
5. Trouvez un moyen de préserver l'anonymat des personnes interrogées, p. ex., en déposant les questionnaires dans une boîte à chaussures dont le couvercle est muni d'une fente.

CONSEIL!

Comptez le nombre de questionnaires distribués et combien il en reste à la fin de la journée. Cela vous permettra de calculer le taux de réponse global.

4.2.3 Échantillonnage

L'échantillonnage par blocs et l'échantillonnage systématique sont les deux principales méthodes d'échantillonnage pour l'AQ.

MÉTHODE	DESCRIPTION	EXEMPLE
Échantillonnage par blocs	Faites les observations consécutivement. Faites-le à intervalles réguliers.	Tous les 15 jours, distribuez un mini-questionnaire aux dix premières personnes arrivées appartenant aux familles
Échantillonnage systématique	Faites les observations auprès de chaque <i>en</i> ième pensionnaire.	Je veux revoir dix tableaux par semaine. Il y a 200 pensionnaires dans le foyer. Par conséquent, j'examinerai chaque 20 ^e tableau en commençant par un nouveau pensionnaire chaque semaine.

Pour bien suivre vos mesures, il est important d'établir un plan de collecte des données. Il faudra pour cela discuter du lieu et de la façon d'obtenir les données requises pour vos mesures, déterminer les sources de données et trouver un plan d'échantillonnage.

SOURCE DE DONNÉES : Idéalement, l'équipe AQ SLD pourra utiliser les sources de données automatisées existantes, par exemple, un système de technologie de l'information du foyer de SLD ou des tableaux électroniques, pour obtenir les données dont elle a besoin pour ses mesures. Si ces sources de données ne sont pas disponibles, l'équipe peut adapter le système TI pour collecter les nouvelles données, créer un nouveau système automatisé ou collecter les données manuellement. Si vous collectez les données manuellement, faites en sorte que l'information requise soit brève et ciblée.

PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE : Dans le cadre du plan de collecte des données, l'équipe déterminera la fréquence à laquelle elle collectera les données, par exemple, tous les jours, toutes les semaines, toutes les deux semaines ou tous les mois. Les mesures devraient être collectées assez fréquemment pour guider le projet. En ce qui concerne les initiatives AQ SLD, il serait préférable que le processus de collecte des données ou d'échantillonnage soit de moindre envergure et plus fréquent. L'équipe décidera aussi de la période de présentation des résultats provenant de la collecte des données.

Lorsque vous œuvrez en faveur de l'amélioration, analysez vos données au moyen de techniques qui montrent la diversité du processus. Pour ce faire, utilisez l'un des tableaux présentés dans la section suivante.

4.3 ILLUSTRER L'IMPACT DES CHANGEMENTS

Analyser les données sur une certaine période facilite l'évaluation de l'impact des changements AQ SLD. Un tableau graphique des résultats est un bon moyen de montrer les changements dans les mesures sur le cycle de vie d'un projet. Les diagrammes de progression et les tableaux de contrôle facilitent cette tâche.

Les diagrammes de progression sont utiles, quelle que soit la quantité des données collectées. Ils sont faciles à produire et à interpréter et reposent sur des règles très simples. Les tableaux de contrôle constituent un moyen plus efficace d'analyser vos résultats, bien qu'il faille saisir un plus grand nombre de données et qu'ils soient plus compliqués à produire et à interpréter.

CONSEIL!

Pour faciliter l'analyse :

- Notez les données au fur et à mesure
- Suivez quelques mesures clés au fur et à mesure – il s'agit de la stratégie la plus puissante qu'une équipe puisse utiliser
- Essayez de ne pas compiler les données (p. ex., indiquez le nombre de chutes consécutives subies par un pensionnaire, plutôt que le nombre moyen de chutes pendant un mois)
- Montrez les données dès que possible après l'événement

4.3.1 Diagrammes de progression

Les diagrammes de progression devraient être établis au début d'un projet AQ et mis à jour en y indiquant les nouvelles données à mesure que le projet progresse. Un diagramme de progression est un graphique qui illustre la façon dont évolue la qualité au fil du temps. Les mesures sont prises à diverses périodes et reliées par une ligne. Cette méthode produit une présentation graphique des variations qui se produisent au fil du temps et permet aux équipes de voir si leurs changements se traduisent par des améliorations.

Un diagramme de progression annoté (figure 12) contient des commentaires accompagnés de flèches pointées vers les dates auxquelles des idées différentes d'améliorations ont été testées. Cela permet d'expliquer tout changement soudain dans la qualité qui aurait pu se produire.

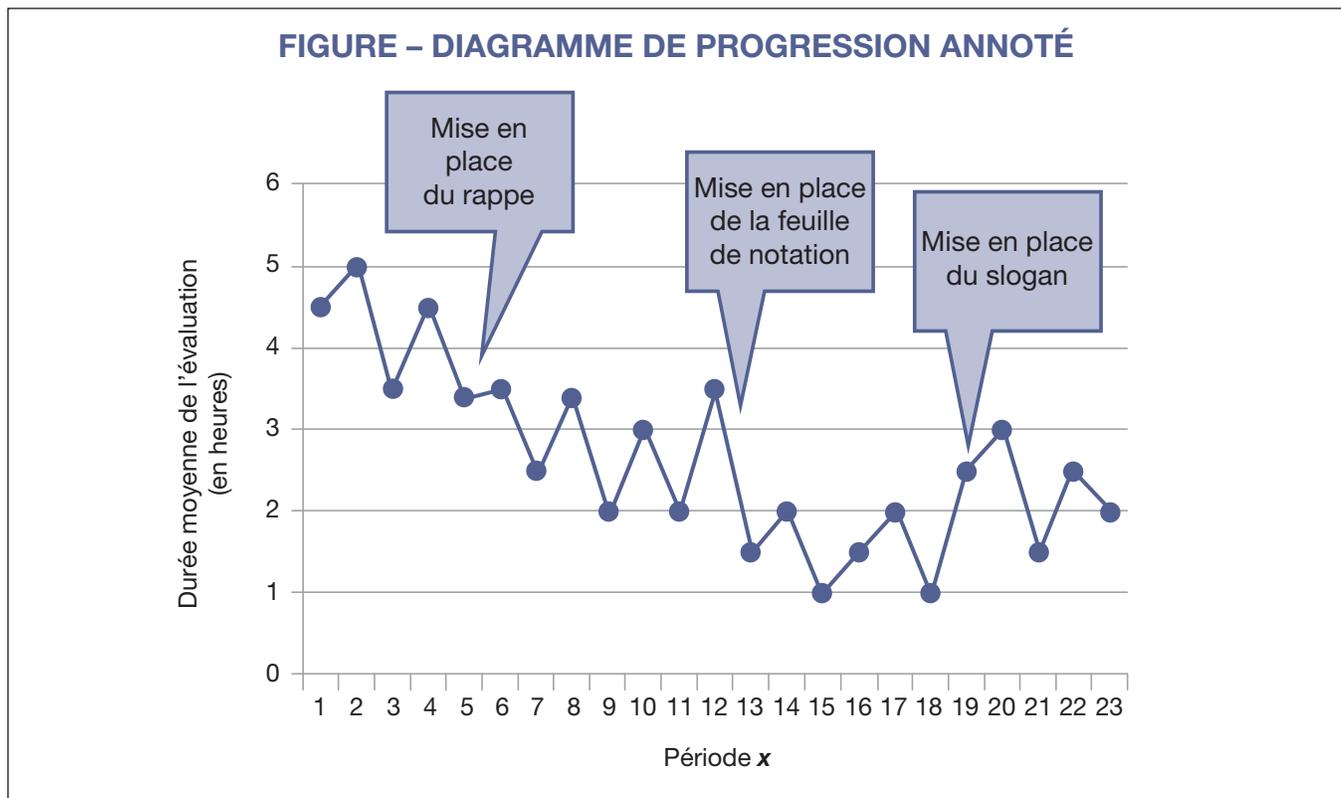


FIGURE 12 | Exemple de diagramme de progression annoté

Instructions point par point

1. Lorsque vous collectez vos données, créez un graphique où la mesure de la qualité se trouve sur l'axe vertical et la durée sur l'axe horizontal. Reliez chaque donnée par une ligne.
2. Montrez les améliorations visées en traçant une ligne horizontale à travers le graphique appelée « cible ».
3. Montrez le point médian de vos données en traçant une ligne horizontale à travers le graphique au niveau où la moitié des points relatifs aux données sont au-dessus et l'autre moitié sous cette ligne.
4. Notez des commentaires sur le diagramme de progression pour expliquer le déroulement des diverses améliorations essayées par l'équipe.

MOIS	JANV.	FÉVR.	MARS	AVR.	MAI	JUIN	JUIL.	AOÛT	SEPT.	OCT.	NOV.	DÉC.
% de pensionnaires du Foyer Riverwind atteints de diabète dont le taux de glycémie est bon (HbA1c <0,07)	49 %	48 %	50 %	50 %	49 %	53 %	55 %	55 %	56 %	59 %	62 %	63 %

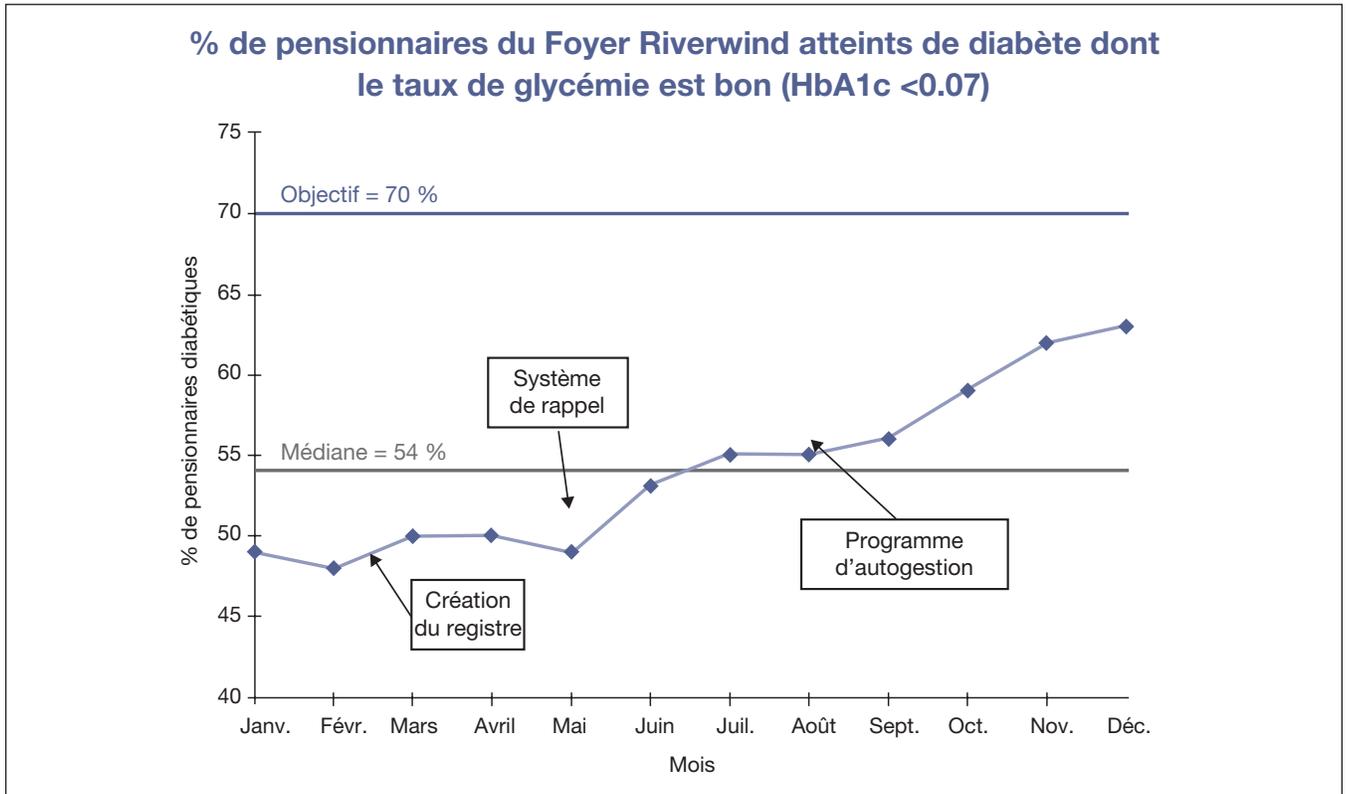


FIGURE 13 | Exemple de diagramme de progression annoté

Les équipes AQ SLD peuvent reconnaître les changements importants, et, espérons-le, les améliorations, en effectuant de simples tests sur un diagramme de progression (figure 13) :

1. Y a-t-il six ou plus points consécutifs au-dessus de la médiane?
2. Y a-t-il six points consécutifs ascendants ou descendants?

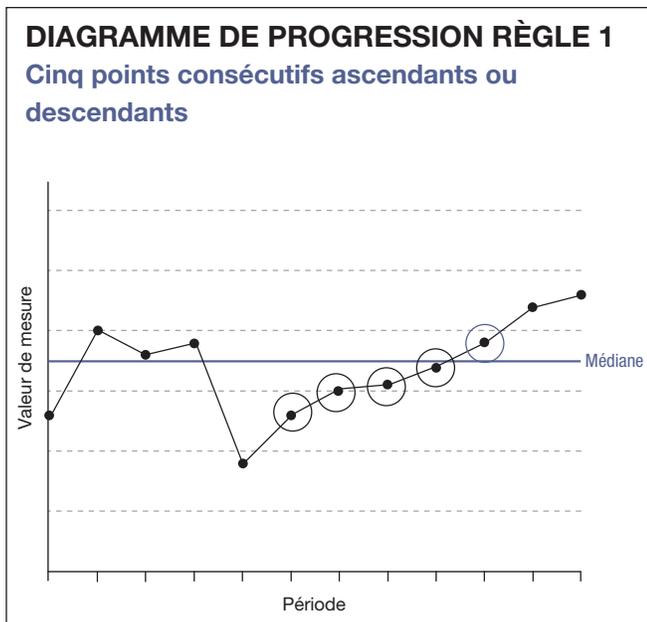


FIGURE 14 | Diagramme de progression Règle 1

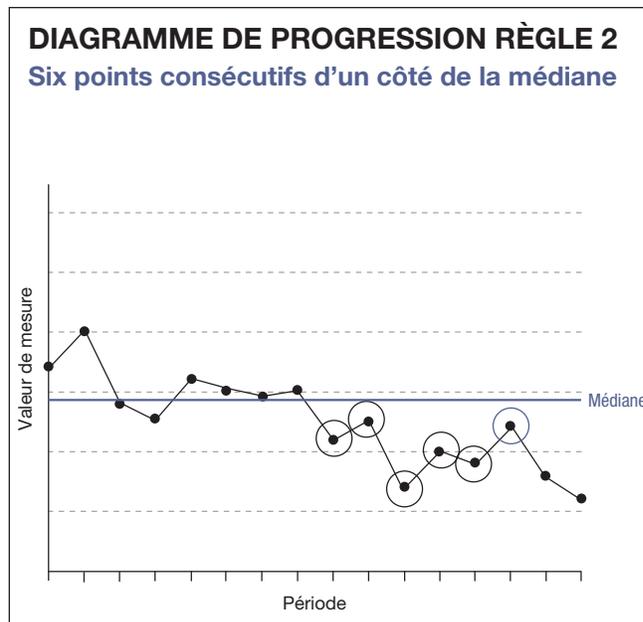


FIGURE 15 | Diagramme de progression Règle 2

Si vous voyez l'une ou l'autre de ces règles dans notre tableau, cela signifie qu'un changement important s'est produit au cours du processus. L'équipe AQ SLD doit donc maintenant s'efforcer de préserver les progrès et de poursuivre les améliorations.

Lorsqu'un diagramme de progression a plus de 11 points, envisagez de le transformer en tableau de contrôle.

4.3.2 Tableaux de contrôle

Les tableaux de contrôle sont similaires aux diagrammes de progression, mais contiennent des statistiques qui permettent beaucoup mieux de détecter les changements et les améliorations. Cette section du guide présente les tableaux de contrôle, et contient des explications sur la façon de les construire et de les interpréter.

Quand utiliser les tableaux de contrôle et avec quelles données

Les tableaux de contrôle servent à améliorer la qualité et à suivre le rendement (p. ex., tableaux de bord ou feuilles de pointage). Les données peuvent être présentées sous diverses formes :

- Pourcentages
- Taux
- Comptes
- Valeurs individuelles

Il faut beaucoup de tableaux de contrôle pour travailler avec divers types de données, mais tous les tableaux de contrôle se ressemblent et sont interprétés de la même manière.³

³ Il ne relève pas du présent guide de décrire tous les types possibles de données et les tableaux de contrôle associés. On trouvera à la fin de la section quelques exemples de discussions utiles sur les tableaux de contrôle. Il existe des logiciels qui facilitent l'établissement des tableaux.

Comprendre les variations : causes communes et particulières

Les tableaux de contrôle permettent aux équipes AQ SLD de comprendre la nature de la variation de leurs processus. Ils peuvent répondre aux questions, par exemple :

- Avons-nous un processus stable ou sous contrôle présentant une variation attribuable à une cause commune?
- Avons-nous un processus hors contrôle présentant une variation attribuable à une cause particulière?
- Que dit la variation à propos du niveau et de la portée de la performance du processus?

Les variations sont normales. Les processus produisent rarement les mêmes mesures à chaque fois. Tout le monde n'a pas les mêmes heures de travail, ne marque pas le même nombre de points au golf, n'a pas la même tension artérielle, les mêmes routines de travail, et les temps d'attente à la salle à manger varient d'un pensionnaire à l'autre.

La combinaison de petites variations d'un processus se traduit par une variation attribuable à une cause commune. Les tableaux de contrôle peuvent montrer si un processus est en contrôle statistique (indiquant une seule variation attribuable à une cause commune) ou s'il montre une variation attribuable à une cause particulière. Dans les projets AQ SLD, nous testons et appliquons les changements pour essayer d'influer sur le processus et de faire en sorte qu'il montre des améliorations, il s'agit là d'une « cause particulière ».

Une variation attribuable à une cause commune signifie que le résultat ne repose pas sur un facteur en particulier. Le matin, quand nous allons travailler, par exemple, toutes sortes de choses peuvent faire que le trajet est plus ou moins long, comme la densité de la circulation, le nombre de fois que les feux passent au rouge ou le nombre de voitures qui tournent à gauche. Toutefois, il peut arriver aussi que la variation d'un processus soit attribuable à une cause particulière. Par exemple, nous prenons la voiture pour aller travailler et devons prendre une autre route plus longue parce qu'une conduite d'eau s'est brisée provoquant ainsi une inondation. Les variations attribuables à une cause particulière s'expliquent souvent par un facteur inhabituel, rare ou difficile à déterminer. Si la cause n'est pas habituelle ou rare, elle est probablement commune!

EXEMPLE, PARTIE 1

Prenons comme un exemple une équipe AQ SLD qui s'efforce de réduire les erreurs de médication dans un foyer de SLD de 300 lits. La directrice des soins propose un examen des erreurs de médication afin de déterminer la façon dont fonctionne le système. On demande au pharmacien d'étudier l'administration des médicaments à certains moments au cours de la semaine suivante. Les données sont consignées sur une feuille de travail et on s'aperçoit qu'il se produit en moyenne 34 erreurs de médication par semaine. Certaines semaines, il y a peu d'erreurs alors que d'autres fois, on en compte plus de 50. L'équipe AQ SLD prend des mesures pour améliorer les heures d'administration des médicaments, les pratiques d'examen des doses et les routines relatives au bilan comparatif des médicaments. Elle vérifie si les taux d'erreur diminuent. Se rendant compte qu'il lui faut un meilleur outil d'analyse des données, l'équipe demande à un membre du personnel de consigner les données sur un tableau de contrôle. Avant de revenir sur cet exemple, nous allons parler des tableaux de contrôle et de la manière de les interpréter.

Renseignements fondamentaux sur les tableaux de contrôle

Un tableau de contrôle est un diagramme de progression avec une ligne tracée à la moyenne et des paires de limites de contrôle. Les limites de contrôle sont calculées pour montrer une, deux et trois lignes de déviation standard (DS) pour les données consignées. La plupart des tableaux de contrôle, voire tous, arborent trois lignes DS, qu'on appelle souvent limites de contrôle supérieures (LCS) et limites de contrôle inférieures (LCI). Un point au-delà de l'une de ces trois limites DS est la preuve qu'une cause particulière s'est probablement produite. Le travail de l'équipe AQ SLD consiste à déterminer ce que cela pourrait être. Parfois, comme le montre l'exemple du long détour sur le chemin du travail, la raison est très évidente. Mais souvent, elle ne l'est pas.

Qu'en est-il de l'une et de deux limites DS? Les statisticiens ont déterminé qu'il existe d'autres moyens par lesquels les données peuvent montrer une cause particulière, lorsque des modèles différents de mesure comprennent les autres limites. Il existe de nombreuses règles, certaines très semblables à celles utilisées pour interpréter les diagrammes de progression. Par exemple, si nous voyons deux sur trois mesures consécutives au-delà d'une ligne deux DS, cela serait inhabituel sur le plan statistique et montre qu'une cause particulière aurait pu se produire. Si on voit huit points sur une rangée au-dessus ou sous la moyenne, cela indique également une cause particulière.

EXEMPLE, PARTIE 2

La personne qui aide l'équipe AQ SLD à établir un tableau de contrôle a décidé qu'il serait préférable de se pencher sur le nombre moyen d'erreurs par 1 000 jours-lits. L'équipe pensait que le taux d'erreur aurait dû être réduit en raison de toutes les améliorations apportées. L'analyste a conçu un tableau de contrôle appelé tableau \bar{X} R. Elle a tracé le tableau en utilisant les données initiales et utilisé ces limites pour tester une cause particulière au cours des semaines suivantes (figure 16).

Malgré une variation considérable et un taux global relativement médiocre, les données produites lors de l'examen initial n'ont pas cerné de cause particulière. Ces données étaient sous contrôle statistique et présentaient un degré de variation élevé.

Même si cela a pris du temps pour qu'on s'en rende compte, le processus s'est amélioré et on a observé plusieurs cas de cause particulière. Bien qu'aucune mesure n'ait excédé une limite de contrôle trois DS, la troisième semaine qui a suivi le début des changements, huit points de données consécutifs étaient en dessous de la moyenne initiale. Cela signifie que les changements commençaient à se traduire par des améliorations notables.

L'équipe a continué d'œuvrer pour améliorer les divers processus dans son foyer de SLD et s'est rendu compte qu'elle devait établir un nouveau tableau de contrôle, car le nouveau processus s'est avéré continuellement plus efficace que l'ancien.

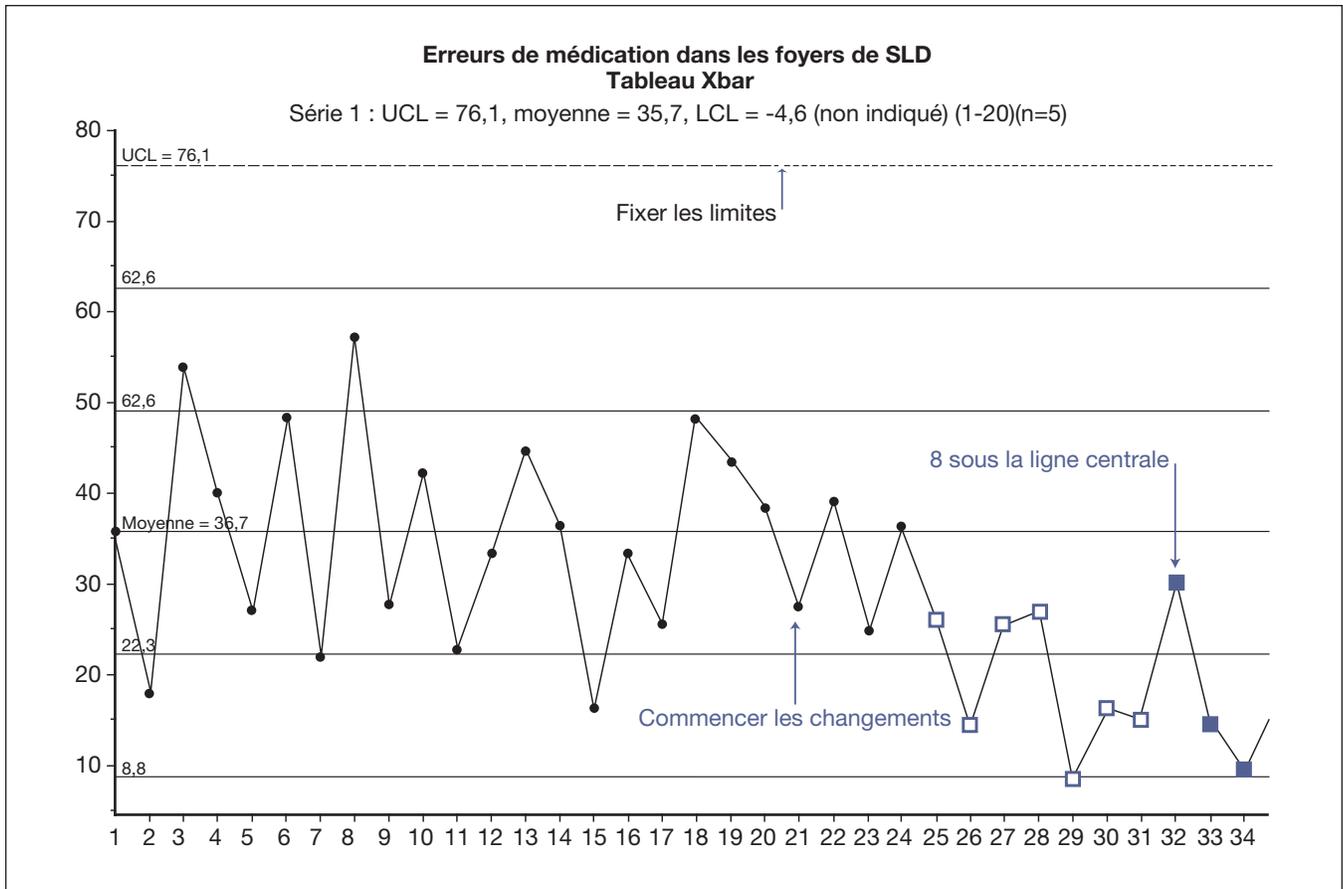


FIGURE 16 | Exemple de tableau de contrôle

Interprétation du tableau de contrôle

Nous étudions les tableaux de contrôle pour voir s'il se dégage une cause particulière des données consignées. Une cause particulière peut être observée de diverses manières, à l'aide d'un certain nombre de règles.

Si nous ne constatons pas une cause particulière, cela signifie que notre processus est sous contrôle statistique. Nous voulons ensuite étudier la valeur moyenne et repérer les limites. La moyenne nous dit si le processus est bon ou sous la moyenne. Un processus peut être sous contrôle et être quand même médiocre : « Certains pensionnaires reçoivent leurs repas toujours en retard dans ce foyer! » Il pourrait également y avoir des limites très larges autour de la moyenne. Imaginez que les pensionnaires attendent généralement dix minutes en moyenne avant que leur dîner soit servi, mais il leur arrive parfois d'attendre en moyenne 15, 20, voire 25 minutes. La moyenne globale peut être acceptable, mais les variations autour d'elle ne le sont pas.

Lorsqu'une variation est attribuable à une cause particulière, vous voulez savoir pourquoi (figure 17). Dans le cas d'un projet AQ SLD, le « pourquoi » peut être parce que vous avez mis en place un changement et que vous vouliez voir une cause particulière signalant une amélioration. Dans d'autres situations, lorsque vous surveillez un processus, une cause particulière peut indiquer quelque chose que vous ne voulez pas voir se produire. Par exemple, le nombre de blessures dues aux chutes peut augmenter, les évaluations de risque peuvent se faire trop rarement ou le degré de satisfaction des pensionnaires peut être trop faible. Le cas échéant, vous voulez faire des recherches pour savoir ce qui s'est passé.

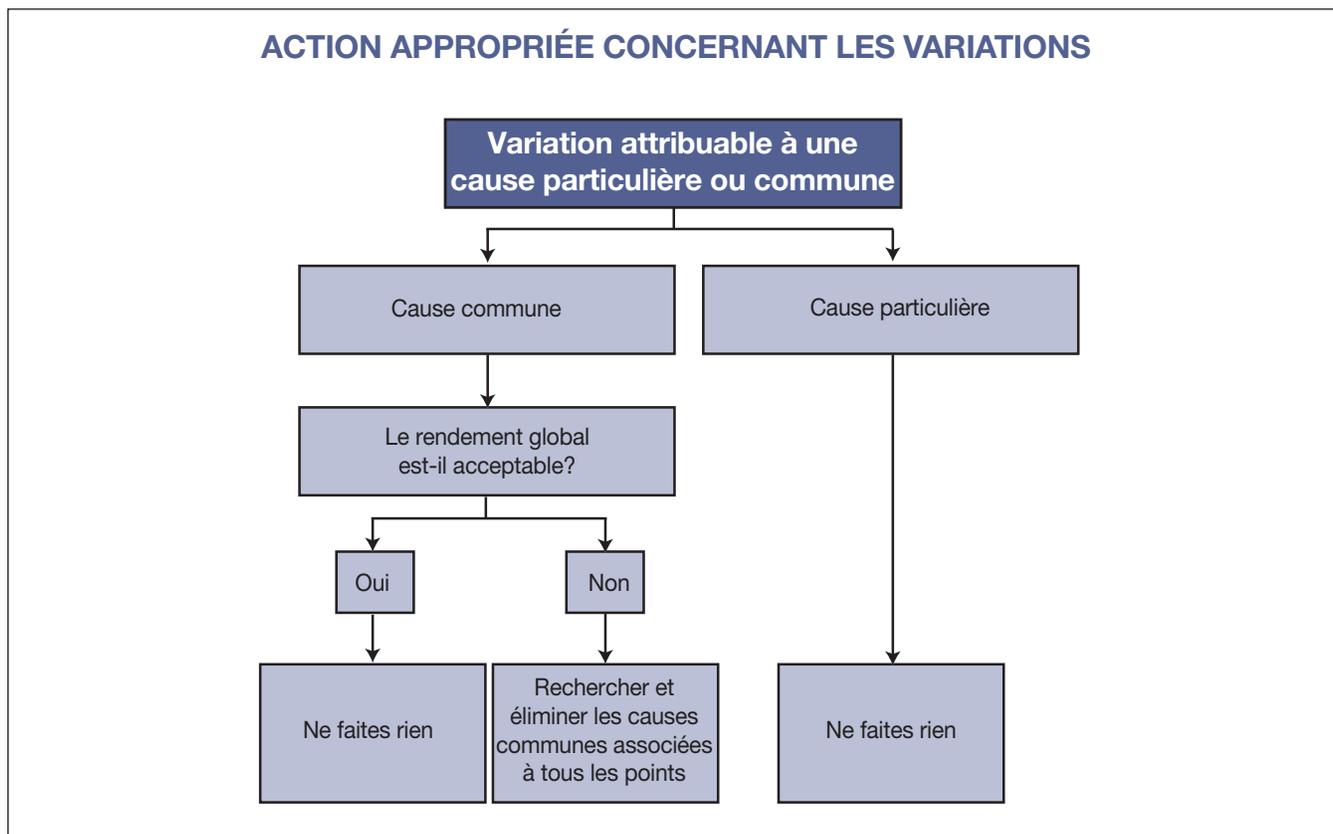


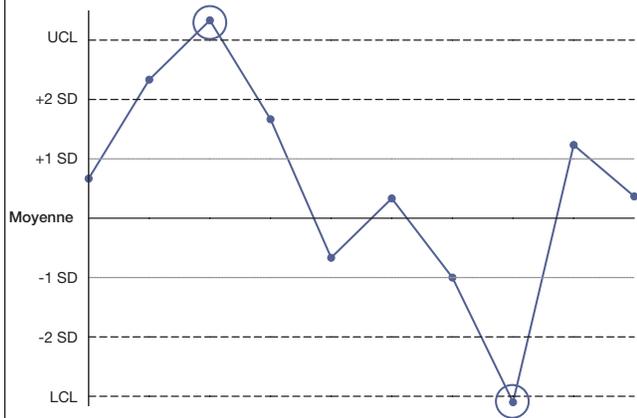
FIGURE 17 | Action appropriée concernant les variations

Si vous essayez d'améliorer vos processus, mais que vous ne déceliez pas une cause particulière, réétudiez vos tests de changement à l'aide du processus PEEA et utilisez des outils qui vous aident à analyser votre système.

Les tableaux de contrôle conviennent particulièrement pour surveiller les résultats du projet et les mesures du processus et pour déterminer si un changement constitue en fait par une amélioration. Il existe des logiciels conviviaux pour vous faciliter la tâche.

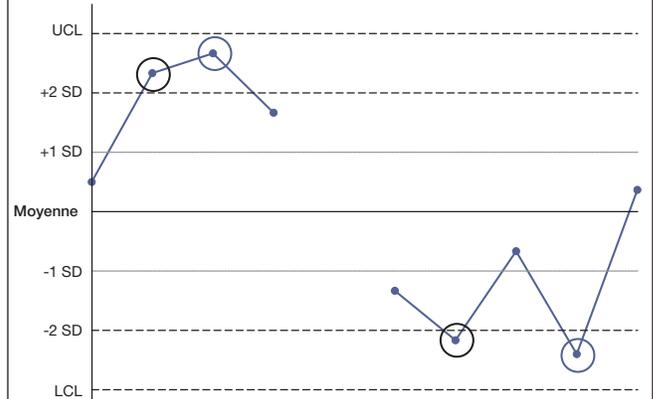
RÈGLE 1

Tout point au-dessus de la LCS ou sous la LCI



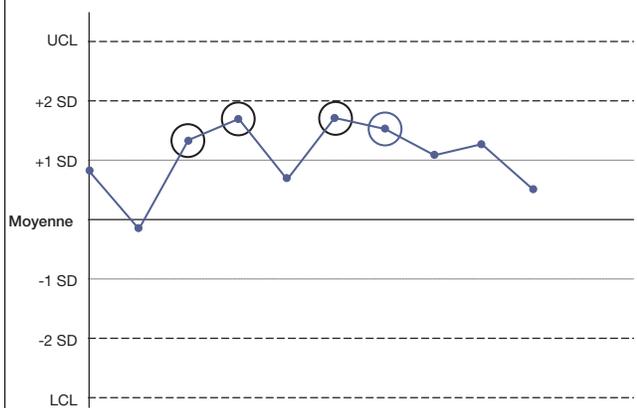
RÈGLE 2

Deux points sur trois points consécutifs tombent au-delà de deux déviations standard au-dessus de la moyenne ou sous la moyenne



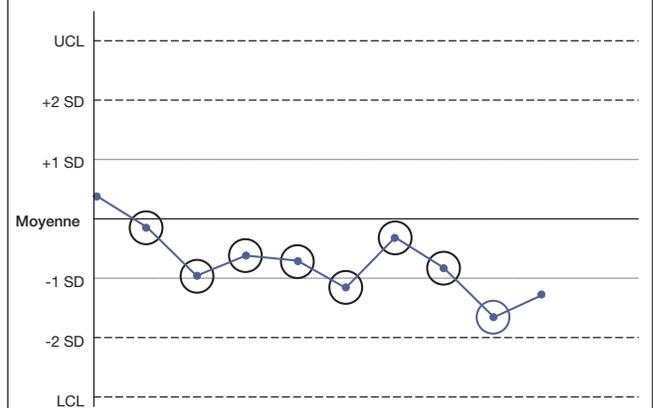
RÈGLE 3

Quatre points sur cinq points consécutifs tombent au-delà d'une déviation standard au-dessus de la moyenne ou sous la moyenne



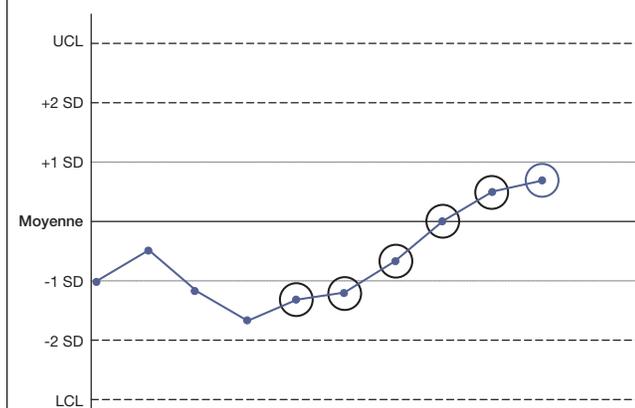
RÈGLE 4

Huit points consécutifs tombent d'un côté de la moyenne



RÈGLE 5

Six (ou plus) points consécutifs augmentant ou diminuant continuellement



Test du tableau de contrôle pour les conditions hors contrôle

Tests Western Electric

- Appliquez ces tests indépendamment de chaque côté de la ligne centrale :
 - Un point en dehors de trois DS
 - Deux sur trois points successifs en dehors de deux DS
 - Quatre sur cinq points successifs en dehors d'une DS
 - Huit points successifs d'un côté de la ligne centrale

Un autre test populaire

- Appliquez ce test au tableau tout entier :
 - Six points successifs augmentant ou diminuant (tendance)

4.4 CONCLUSION

Les rapports actuels sur la qualité des SLD montrent que l'Ontario a des pratiques et des programmes de premier plan, mais qu'il existe aussi de nombreuses possibilités d'amélioration. Les organismes sont de plus en plus intéressés à profiter de leurs réussites pour renforcer les activités AQ existantes et créer de nouveaux projets. Ce guide a pour but de servir de ressource aux spécialistes et équipes AQ et de leur permettre de continuer à améliorer leurs compétences en AQ et à enrichir leur trousse d'outils AQ.

Le guide contient des études de cas pour illustrer la progression des projets AQ au sein du secteur des SLD et les nombreuses ressources offertes aux équipes AQ dans les foyers de SLD. Il traite des éléments fondamentaux du modèle d'amélioration et des améliorations rapides par cycle, qui contribuent souvent à renforcer la nouvelle culture d'amélioration continue de la qualité. Il présente également des méthodes et des conseils pratiques pour aider les équipes à analyser plus rapidement les processus en place et à déterminer des possibilités d'amélioration.

Nous espérons que ce guide a aidé les spécialistes en AQ du secteur des SLD et qu'il leur a donné les outils pratiques qui leur permettront d'atteindre leurs objectifs.

Les lecteurs peuvent trouver des versions à jour du guide et tous les outils AQ de QSSO, des modèles et les ressources recommandées à <http://www.hqontario.ca/fr/index.html>.

Beaucoup de groupes de concepts de changement populaires, dont les deux ci-dessous, reposent sur des thèmes communs. Il ne s'agit là que d'un petit exemple des nombreux concepts de changement offerts aux équipes AQ SLD.

L'EFFICIENCE AMÉLIORE LE DÉROULEMENT D'UN PROCESSUS TOUT EN RÉDUISANT LES GASPILLAGES.	
CONCEPTS DE CHANGEMENT EFFICACE	COMMENTAIRE
Éliminer les gaspillages	Éliminer les gaspillages, notamment en réduisant les étapes ou les ressources qui ne se traduisent pas par une valeur ajoutée pour les pensionnaires.
Améliorer le déroulement du travail	Améliorer le déroulement des tâches au sein des processus est un moyen important d'améliorer la qualité des services fournis dans le cadre de ces processus.
Optimiser les inventaires	Réduire et contrôler les inventaires à tous les niveaux de l'organisme.
Modifier le cadre de travail	Le milieu de travail offre lui-même une excellente occasion d'améliorer les efficacités, par exemple, en rapprochant les étapes.
Évaluer l'interface fournisseur-client	Cibler les relations entre les pensionnaires et les soignants et les éléments inclus dans cette interface qui sont importants pour les pensionnaires.
Gérer le temps	Réduire les retards, les temps d'attente et les cycles pour tous les services.
Cibler les variations	Réduire les variations afin d'améliorer la qualité des processus et les résultats.
Vérifier les erreurs	Restructurer le système de manière à ce que le personnel commette moins d'erreurs.
Cibler le produit ou le service	Mettre l'accent sur la qualité du service (et du produit offert), ainsi que sur l'amélioration des processus.

LA VÉRIFICATION DES ERREURS CONSISTE À CONCEVOIR UN PROCESSUS OU UN SYSTÈME POUR PRÉVENIR LES ERREURS ET MINIMISER LEURS	
VÉRIFICATION DES ERREURS CHANGEMENT	COMMENTAIRE
Fonction de contrainte	Concevoir le système de manière à ce qu'il soit impossible de faire une erreur.
Fonction de contrainte pour limiter les erreurs	Concevoir le système de manière à ce qu'il empêche certaines composantes de prendre le dessus.
Rappels et alertes	Émettre un rappel lorsqu'une étape particulière doit être effectuée.
Éviter les confusions	Éviter les situations où deux éléments, noms, processus ou pensionnaires peuvent être confondus. Donner un nouveau nom ou un nouveau code à un ou plusieurs éléments.
Indices visuels	Étiqueter ou coder visuellement les éléments afin qu'il soit facile de les déceler lorsqu'ils sont au mauvais endroit.

Amin S. Control charts 101: a guide to health care applications. *Quality Management in Health Care* 2001; 9(3): 1–27.

Banks N, Palmer H, Berwick D, Plsek P. Variability in clinical systems: applying modern quality control methods to health care. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1995; 21(8): 407–417.

Carey R. How do you know that your care is improving? Part II: Using control charts to learn from your data. *Journal of Ambulatory Care Management* 2002; 25(2): 78–88.

Carey R. *Improving Healthcare with Control Charts: Basic and Advanced SPC Methods and Case Studies*. Milwaukee: ASQ Quality Press, 2003.

Carey R, Lloyd R. *Measuring Quality Improvement in Healthcare*. New York: Quality Resources, 1995.

Grout J. *Mistake-proofing the design of health care processes*. Agency for Health Research and Quality, Rockville MD, Mai 2007. AHRQ Publication n°. 07–0020. ahrq.gov/qual/mistakeproof/mistakeproofing.pdf

Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, Inc., 1996.

Lim TO. Statistical process control tools for monitoring clinical performance. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15: 3–4.

Plsek, P. Introduction to control charts. *Quality Management in Health Care* 1992; 1(1): 65–74.

Wheeler, D. *Understanding Variation: The Key to Managing Chaos*. Knoxville: SPC Press, Inc., 1993.

RÉFÉRENCES	
Institut canadien pour la sécurité des patients	www.patientsafetyinstitute.ca
Guidelines Advisory Committee	www.gacguidelines.ca
Qualité des services de santé Ontario	http://www.hqontario.ca/fr/index.html
Institute for Healthcare Improvement	www.ihp.org
Improvement Foundation, R.-U.	www.improve.org.au
Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada	www.ismp-canada.org
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Registre des pratiques d'amélioration des services	www.improvementpractices.on.ca
National Guideline Clearinghouse (NGC)	www.guideline.gov
Ontario Association for Non-Profit Homes and Services for Seniors	www.oanhss.org
Ontario Hospital Association	www.oha.com
Ontario Long Term Care Association	www.olca.com
Association des infirmières et infirmiers autorisés – trousse soins de longue durée (en anglais)	www.ltctoolkit.rnao.ca
Quality Healthcare Network	www.qhn.ca
Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!	http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/pages/default.aspx
Réseau de transfert de la recherche sur la santé des personnes âgées (en anglais)	https://www.ehealthontario.ca/portal/server.pt?open=512&objID=705&PageID=0&cached=true&mode=2&userID=11862

Servez-vous des outils présentés aux pages suivantes après les avoir personnalisés pour votre équipe et votre organisme.

LISTE DES FEUILLES DE TRAVAIL AQ SLD

Modèle d'amélioration SLD

Charte de projet d'amélioration de la qualité SLD

Formulaire Planification-Exécution-Étude-Action

Formulaire Schématisation du processus

Diagramme en arête de poisson SLD

Modèle Plan de mesure

Feuille de vérification

Feuille de travail (worksheet)

L'ÉQUIPE AQ SLD DOIT PLANIFIER TROIS ÉLÉMENTS

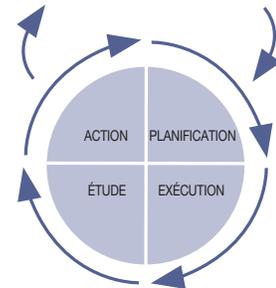
1. **Objectif** : Clair, à partir d'un moment précis, souple et utile pour les pensionnaires

MODÈLE D'AMÉLIORATION

Que tentons-nous d'accomplir?

Comment saurons-nous si un changement représente une amélioration?

Quels changements pouvons-nous apporter qui mèneront à une amélioration?



2. Mesures

Mesures des résultats

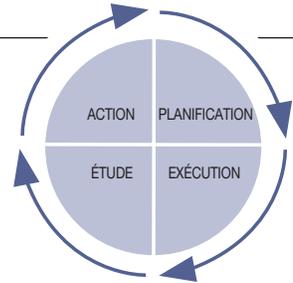
Mesures du processus

Mesures de pondération

3. **Concepts de changement** (énumérez des idées, des choses essayées par d'autres, des intuitions et des preuves)

Titre du projet :	
Chef d'équipe :	Responsable :
Membres de l'équipe :	
Nom :	Poste et organisme ou établissement :
Pensionnaires qui bénéficieront du projet :	Types de personnel clinique et administratif, fournisseurs, etc., participants :
Problème/Énoncé de possibilité (Quels sont les problèmes de qualité?)	
Énoncé d'objectif (Qu'essayons-nous d'accomplir? Objectif d'amélioration en chiffre, sur quelle période?)	
Mesures (Comment saurons-nous si nous nous améliorons?)	
Mesures des résultats	
Mesures des processus	
Mesures de pondération	

Idées de changement (Que pouvons-nous faire pour améliorer le système?)	
Analyse de rentabilisation (Avons-nous réduit les coûts du foyer de SLD et/ou du système de santé en réglant le problème?)	
Lien avec la stratégie organisationnelle des foyers de SLD	
Durée du projet (date du début et de la fin du projet) :	Budget du projet :
Étapes déterminantes prévues :	
Période estimative requise pour la participation du personnel :	



Objectif pour ce cycle PEEA

Date :

Ce cycle est-il utilisé pour :

concevoir **ou** tester **ou** mettre en œuvre un changement?

À quelle(s) question(s) souhaitons-nous répondre pour ce cycle PEEA?

PLANIFICATION :

Envisagez de répondre aux questions : Qui, quoi, quand, où?

Envisagez de collecter les données : Qui, quoi, quand, où?

Prévisions (pour les questions ci-dessus selon le plan) :

EXÉCUTION :

Effectuez le changement ou testez, collectez les données et commencez l'analyse.

ÉTUDE :

Terminez l'analyse des données.

Comparez les données aux prévisions et résumez ce qui a été appris.

ACTION :

Sommes-nous prêts à faire un changement? Préparez le cycle suivant.

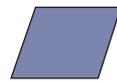
« *Si vous ne pouvez schématiser votre processus, vous ne pouvez rien améliorer.* »

Dr W. Edwards Deming

LÉGENDE DES SYMBOLES :



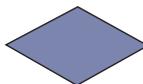
Processus



Entrée ou sortie des données



Base de données



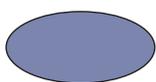
Décision



Documentation



Étape indéterminée



Début/Fin

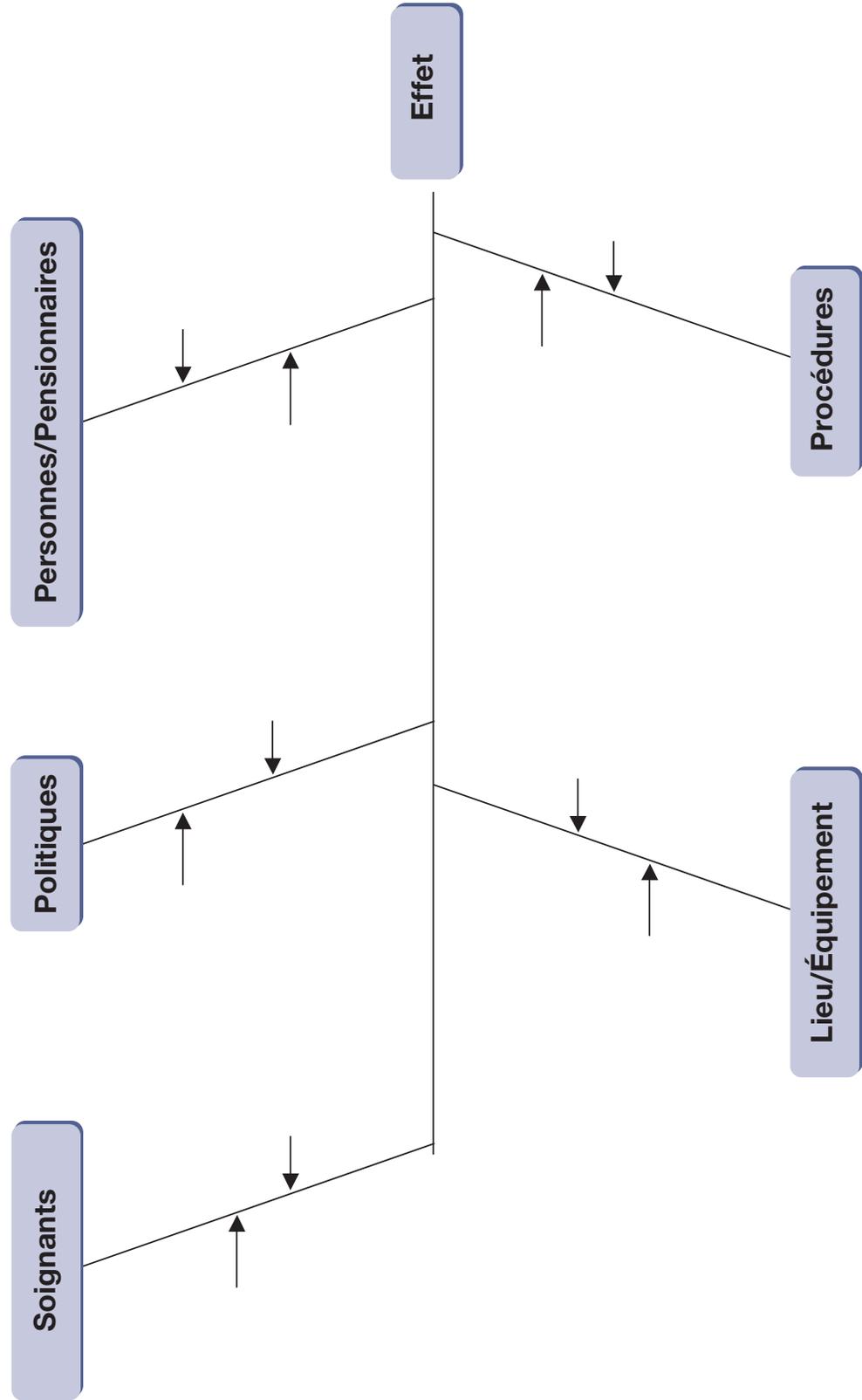


Attente



Connecteur

DIAGRAMME EN ARÊTE DE POISSON



Projet AQ :			
Durée du projet :			
QUELLES SONT VOS MESURES?		SOURCES DE DONNÉES	FRÉQUENCE
Résultat			
Processus			
Pondération			
<p>Comment les mesures de vos résultats et processus sont-elles reliées au tableau de bord de votre organisme?</p>			
<p>Allez-vous mesurer les causes de la mauvaise qualité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Dans l’affirmative, pour quelles mesures de qualité?</i></p>			
<p>Allez-vous collecter des données de base? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Dans l’affirmative, sur quelle période?</i></p>			
<p>Allez-vous utiliser des échantillons pour des méthodes de collecte de données manuelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Dans l’affirmative, pour chaque méthode de collecte de données, indiquez la méthode d’échantillonnage (par blocs ou systématique) et le protocole</i></p>			

Utilisez ces données pour produire des graphiques de Pareto et découvrir les raisons communes qui sous-tendent les problèmes et vous concentrer sur les possibilités d'amélioration.

Nom de l'organisme/de l'unité : _____

Question thématique : _____

Exemples de questions thématiques :

Pourquoi ne change-t-on pas la position des pensionnaires comme cela est indiqué dans le plan de soins?

Pourquoi les pensionnaires ne font-ils pas l'objet de dépistages conformément au protocole?

Détails concernant le lieu : _____ **Enregistreurs des données :** _____

Date du début : _____ **Date de la fin :** _____

Défaillance ou cause de la défaillance	Compte (utilisez des coches)	Nombre total de coches	Pourcentage du total
A.			
B.			
C.			
D.			
E.			
F.			
G.			
H.			
	TOTAL		

NOTES :

NOTES :

Qualité des services de santé Ontario (QSSO)

130, rue Bloor Ouest, 10^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868

Télec. : 416 323-9261

Courriel : info@hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012

www.hqontario.ca