# Le rôle du leadership dans la mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients

**Ihab Dorotta, MD** 



Embrasser le changement : fabriquer les dirigeants d'aujourd'hui

Vendredi 19 octobre 2018

#### Divulgation de conflits d'intérêts

Je n'ai pas de relation financière pertinente avec des intérêts commerciaux.

#### Objectifs pédagogiques

1. Décrire la responsabilité du leadership pour les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

2. Expliquer l'importance de rapports réguliers sur la qualité au conseil d'administration et au personnel.

3. Décrire comment développer une culture hospitalière qui favorise la communication et la discussion des événements sentinelles ou les quasi-accidents sans crainte de représailles.

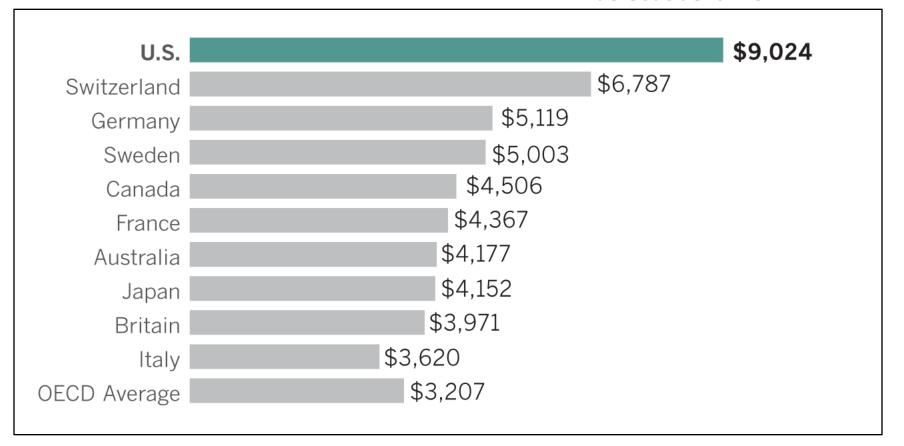
#### Paradoxe de l'abondance

- ~Système de santé le plus avancé du monde
- ~Coût élevé, faible qualité
- ~Pour les sommes que les États-Unis dépensent pour la santé, environ 3,2 billions de dollars par an (2015), la faible qualité des soins est inacceptable
- ~Chaque année, près de 15 millions de patients sont les victimes d'une façon ou d'une autre du système de santé américain



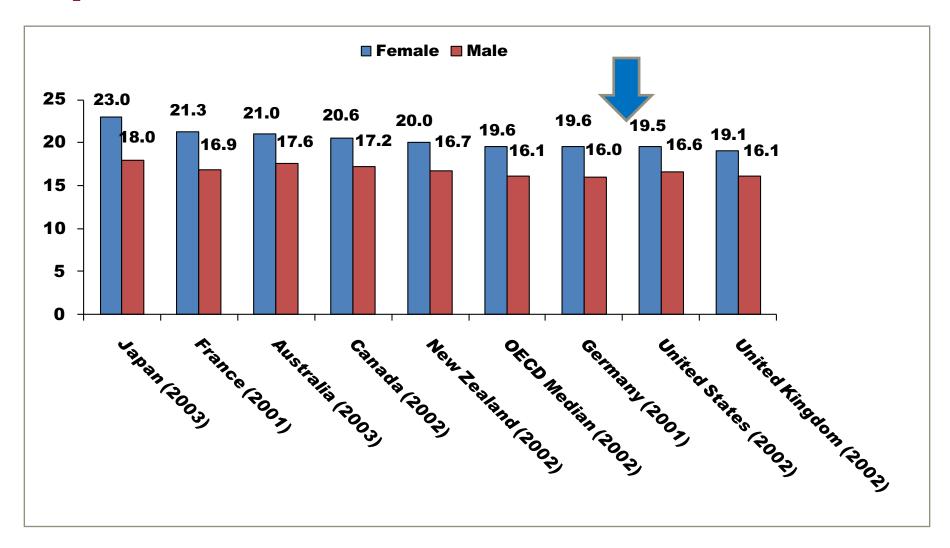
### Les dépenses de soins de santé par habitant

Ajustées pour tenir compte des différences de coût de la vie



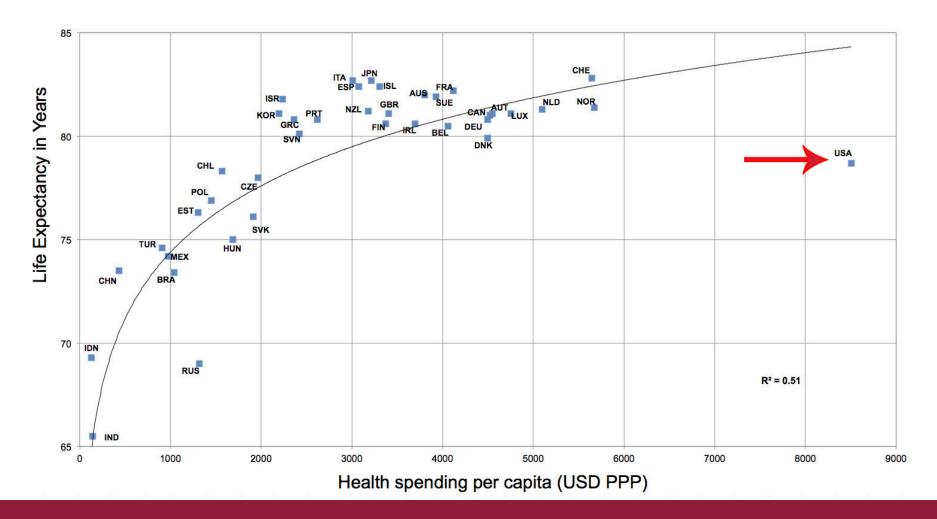


#### L'espérance de vie à 65 ans





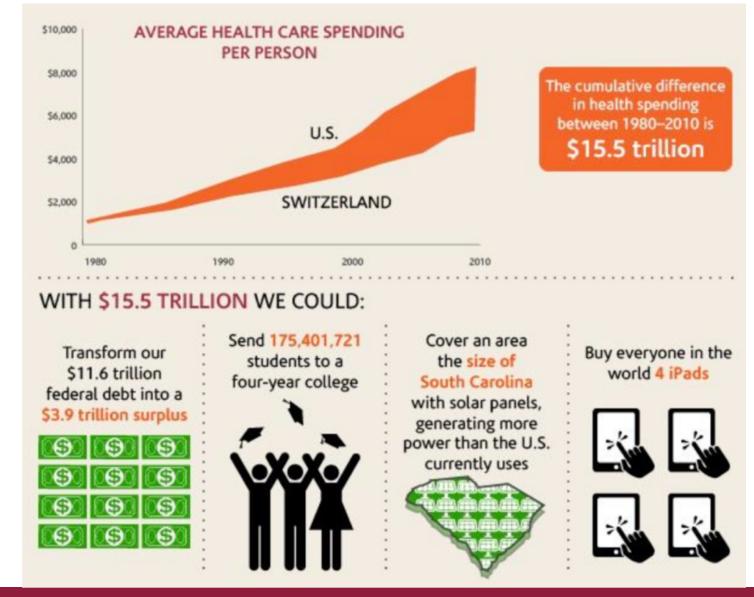
#### Les dépenses de santé et l'espérance de vie





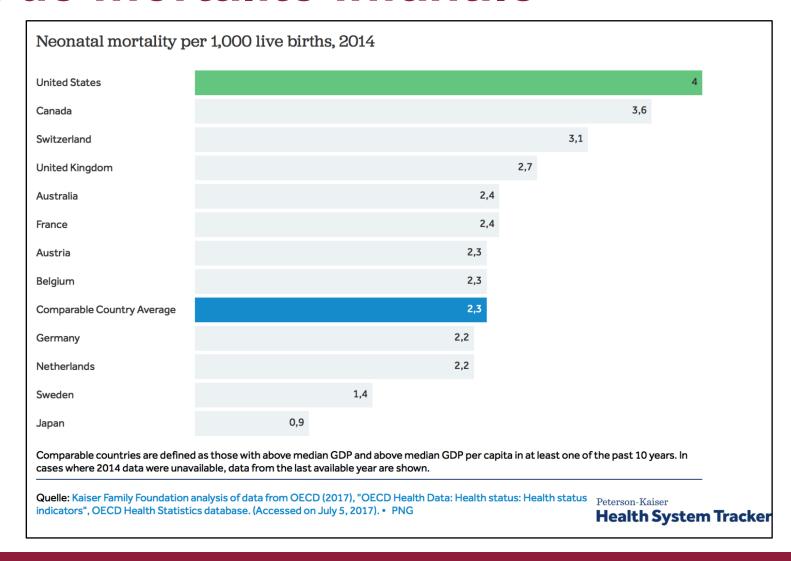
#### En rétrospective : Ce que nous aurions pu gagner si nous avions égalé le second plus

grand pays (Suisse)



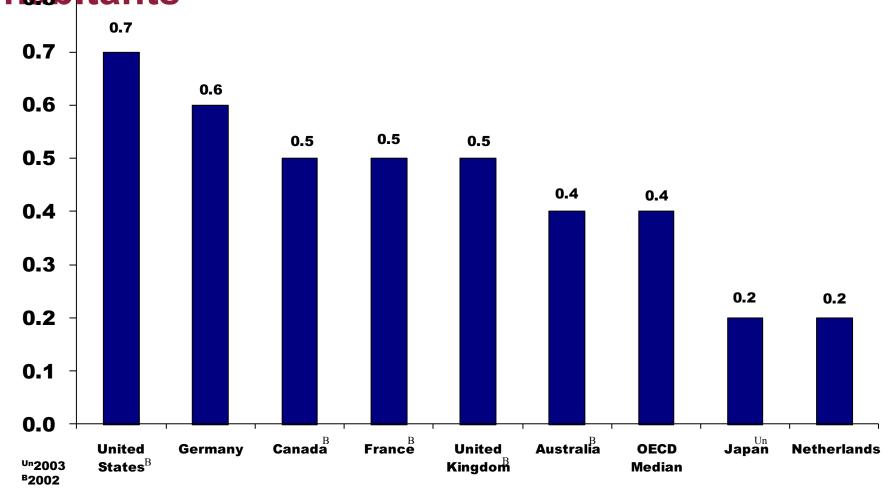


#### Taux de mortalité infantile





## Les décès dus à des accidents médicaux ou chirurgicaux pour 100 000 habitants



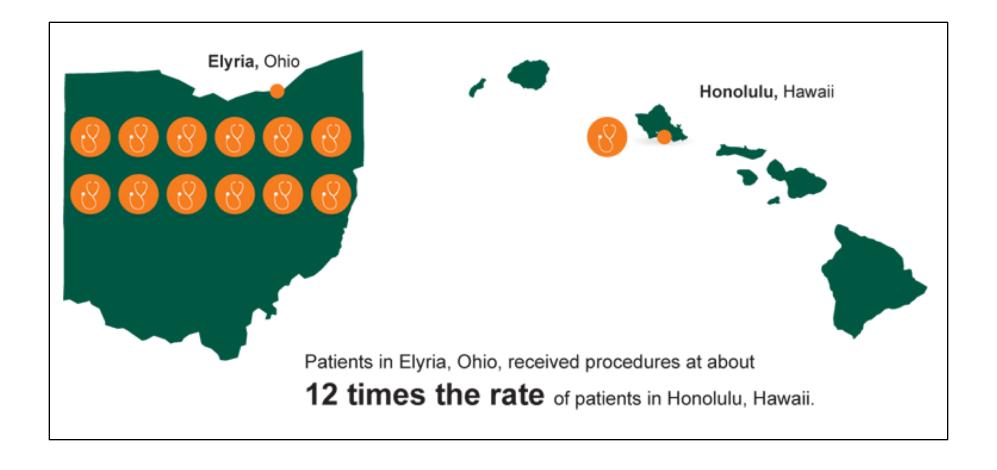


### Estimations annuelles de la catégorie des pertes

Catégorie	Coût pour les soins de santé américains (en milliards de dollars de 2011)
Un traitement excessif	De 158 \$ à 226 \$
Incapacité à coordonner les soins	25 \$ à 45 \$
Échecs dans la prestation des soins	102 \$ à 154 \$
Excès des coûts administratifs	107 \$ à 389 \$
Coût des soins de santé excessif	84 \$ à 178 \$
La fraude et l'abus	82 \$ à 272 \$
Total des pertes 2011	558 \$ à 1263 \$
% du total des dépenses	21 % à 47 % (MED = 34 %)



#### Variation des soins cardiaques d'un état à l'autre









La qualité des soins...

... Qu'est-ce que c'est?

Ça dépend

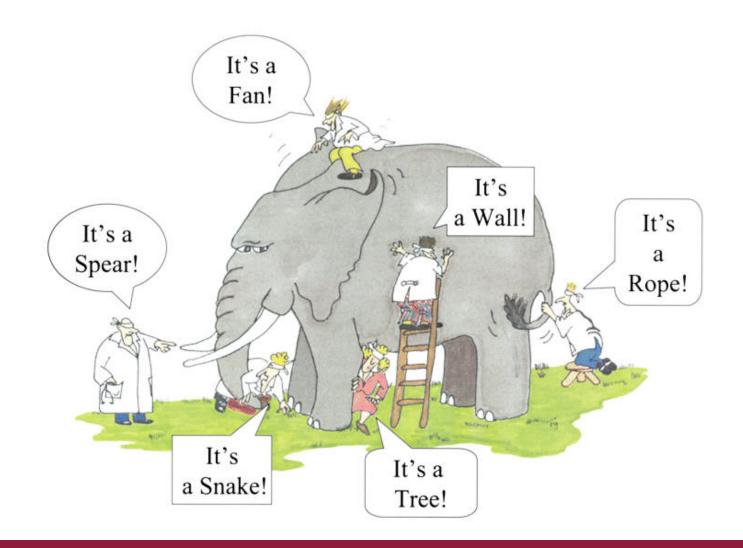


Les pionniers de la qualité ont des opinions différentes :

- Dr Joseph Juran « l'aptitude à l'utilisation »
- Philip Crosby « pas de défaut »
- Dr Edwards Deming « cycle sans fin d'amélioration continue »





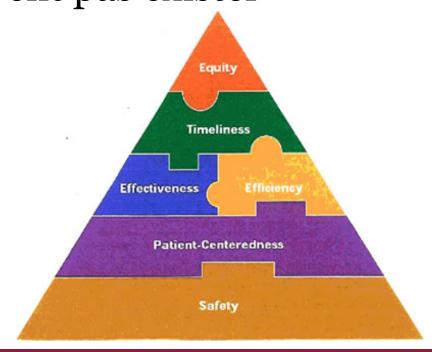




### La qualité et la sécurité des patients

Si le patient n'est pas à l'abri d'une blessure accidentelle, alors les soins de santé de qualité ne peuvent pas exister







### Qu'entendons-nous par sécurité des patients ?

Une culture qui soutient la réduction des erreurs médicales, des complications, et autres événements indésirables inattendus. Cette culture contribue à l'amélioration des résultats cliniques à travers l'adoption et la gestion de pratiques, de processus et de systèmes fondés sur des données probantes



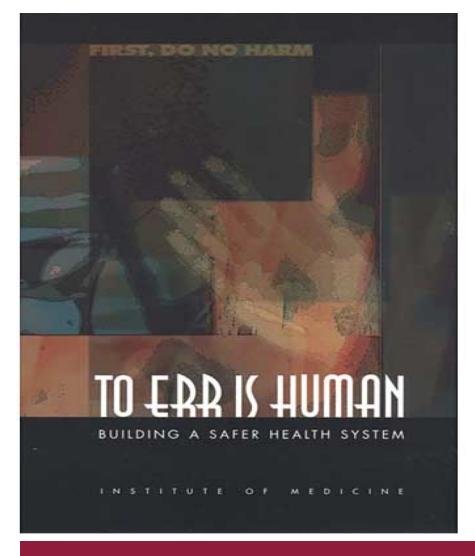
### Qu'entendons-nous par sécurité des patients ?

Distinction entre les questions de sécurité du patient (erreurs) et les soucis sur la qualité

- ~ Opérer sur le mauvais genou (erreur) opposé à l'utilisation d'une mauvaise approche chirurgicale (qualité)
- ~ Le surdosage d'un patient diabétique sous insuline (erreur) opposé au manque de bon contrôle du diabète d'un patient (qualité)
- ~ Ordonnance illisible (erreur) en opposition à ne pas prescrire l'antibiotique le plus efficace (qualité)



#### L'erreur est humaine



»Le coût financier des erreurs médicales : 29 milliards de dollars chaque année aux États-Unis seulement

»Les médecins, les patients, les assureurs et les systèmes hospitaliers jouent un rôle dans l'élimination des erreurs



### Table ronde de l'Institut of Medicine (IOM)

« Des problèmes graves et étendus de la qualité existent dans l'ensemble de la médecine américaine. Ces problèmes se produisent dans les petites communautés comme dans les grandes, dans toutes les régions du pays, et avec à peu près la même fréquence dans les soins gérés et les services payés des systèmes de soins. En conséquence un très grand nombre d'Américains sont blessés. »



### Ce que l'IOM a déclaré :

»Le problème de la sécurité des patients est vaste.

»(Généralement) ce n'est pas la faute des travailleurs de santé.

»La plupart des blessures faites au patient sont dues à des défaillances du système.



#### Catégories de la table ronde

»L'utilisation excessive (des procédures qui ne peuvent pas aider)

»Sous-utilisation (des procédures qui peuvent aider)

»Mauvaise utilisation (erreurs d'exécution)



## Exemples d'utilisation excessive des soins de santé

»30 % des enfants reçoivent trop d'antibiotiques pour les infections des oreilles

»20 % à 50 % de beaucoup d'opérations chirurgicales sont inutiles

»50 % des rayons X pour les maux de dos des patients sont inutiles



## Exemples de sous-utilisation des soins de santé

»50 % des personnes âgées ne reçoivent pas le vaccin contre le pneumocoque

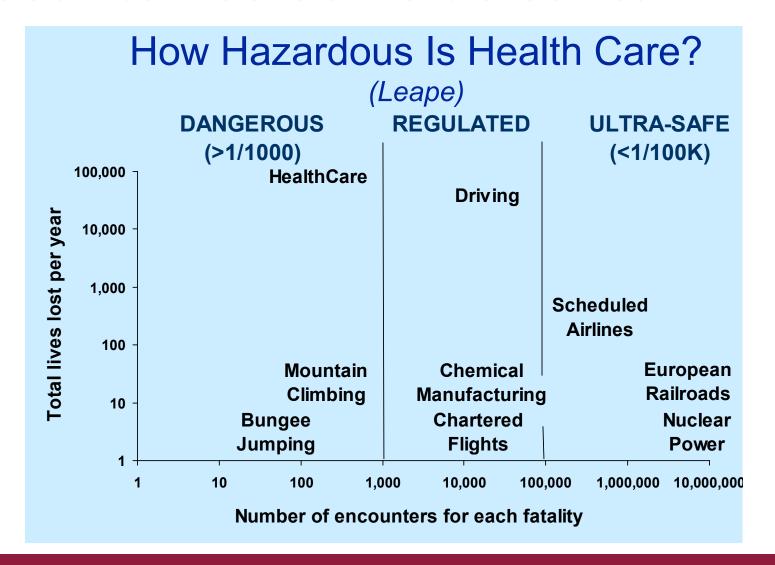
»50 % des victimes de crise cardiaque ne reçoivent pas de bêtabloquants



## Mauvaise utilisation de la sécurité des soins de santé

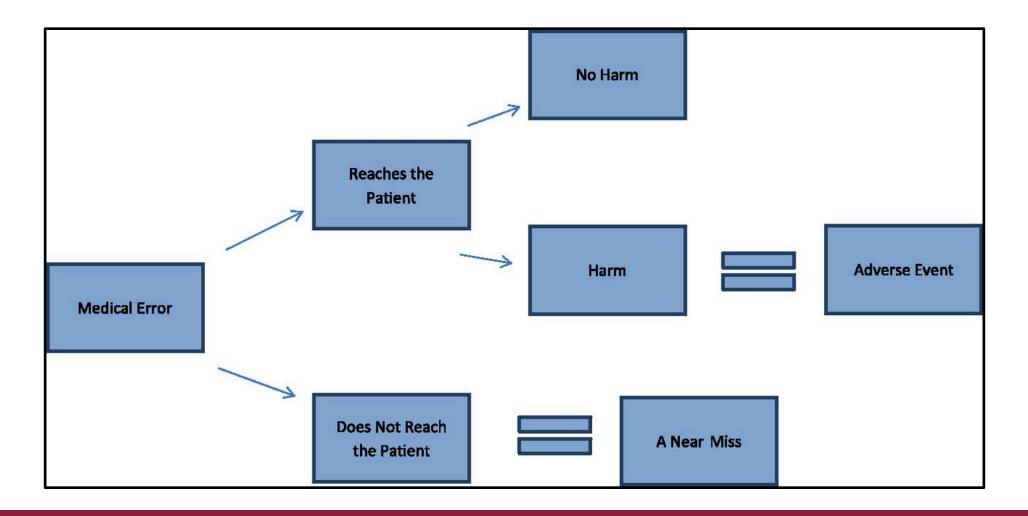
- »7 % des patients des hôpitaux font l'expérience de graves erreurs de médication
- »1 personne sur 5 déclare qu'elle ou un membre de sa famille a subi une erreur médicale
- »51 % ont signalé l'erreur comme grave
- »28-35 % des admissions font l'expérience d'un événement qui cause PRÉJUDICE

#### La sécurité des soins de santé

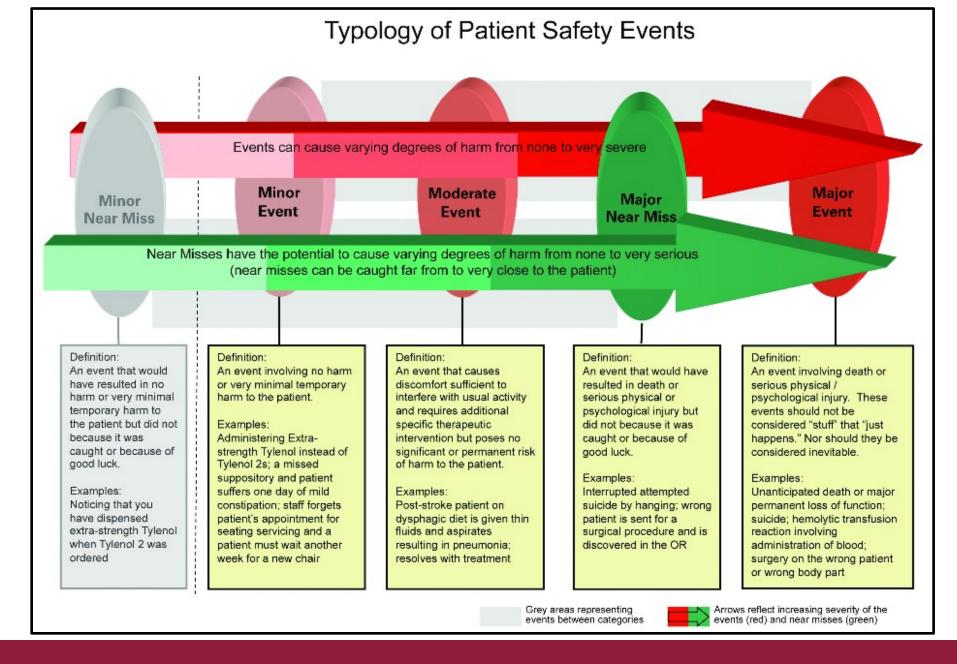




## Types d'événements concernant la sécurité des patients









#### Inadequate report processes

The overwhelming sentiment from all the participants was the unexpected large volume of reports generated in all incident reporting systems. There were often insufficient resources to deal with this volume of reports, leaving reports inadequately triaged, clustered, analysed or acted upon.

#### Lack of adequate medical engagement

A consistent theme was the lack of engaging dictors to report, own or lead the incident reporting process. This lack of engagement resulted in reporting bias frequently from the nurses and skewing the data. The key incidents, which would reflect medical decision-making, included diagnostic errors and hand offs.

#### Insufficient action

A key message from many poticipants that reporting could not be considered without linking it to action. In the years following the Institute of Medicine's (iCM) report, much attention had focused on reporting, but not the action or feedback loop to the reporter. Many participants believed that the lack of visible action led to under-reporting of meaningful incidents.

#### Inadequate funding and institutional support

It was acknowledged by many participants that the had been an under-resourcing of incident reporting systems whether nationally, state or at the local level. The lack of fiscal support had unintended consequences such as not being able to deal with the volume of reports, which inevitably led to a delay in analysing the reports and distilling recommendations for dissemination. There were also concerns raised over accountability of

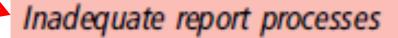
Failure to capture evolving health information technology developments

A repeated theme for the future of incident reporting systems was the use of technology to improve the reporting of incidents, to analyse the incidents and disseminate the results. In the USA, concern was raised that there had been inadequate resourcing or thought of linking the electronic health record to incident reporting.

\*Illustrative quotes are embedded in the text.

Patient safety incident reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'

Imogen Mitchell,<sup>1</sup> Anne Schuster,<sup>2</sup> Katherine Smith,<sup>3</sup> Peter Pronovost,<sup>4</sup> Albert Wu<sup>2</sup>



Lack of adequate medical engagement

Insufficient action

Inadequate funding and institutional support

Failure to capture evolving health information technology developments



#### Comment créer une culture de la sécurité



A complimentary publication of The Joint Commission Issue 57, March 1, 2017

Published for Joint

The essential role of leadership in developing a safety culture



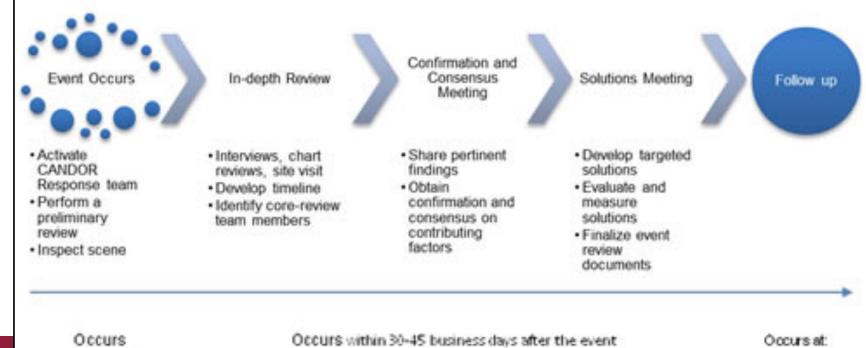
### Leadership inadéquat

- »Manque de soutien au rapportage d'événements concernant la sécurité des patients
- »Absence de commentaires et de réponse aux membres du personnel et aux autres personnes qui rapportent des failles de la sécurité
- »Permet l'intimidation du personnel qui rapporte des événements
- »Refuse de toujours prioriser et mettre en œuvre les recommandations de sécurité
- »Ne s'occupe pas de l'épuisement du personnel



#### Recommandations d'une culture juste

Il est absolument crucial d'avoir une approche transparente et non punitive en face des rapports et des leçons tirées d'événements indésirables, des catastrophes évitées de peu, et des conditions dangereuses.





within 72

hours after

the event

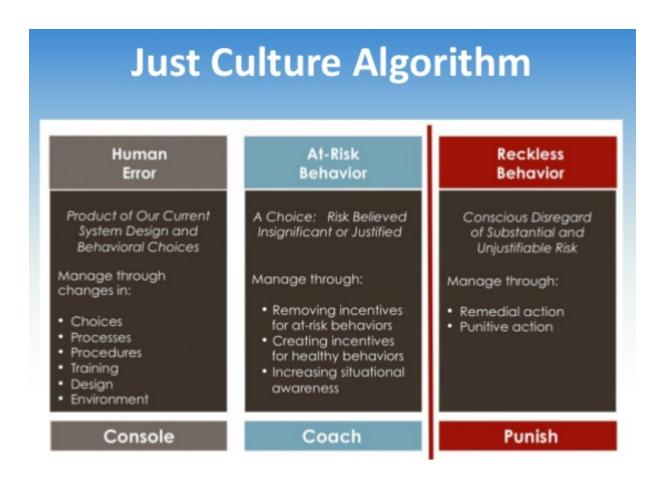
30 days

60 days

90 days

#### Recommandations d'une culture juste

Établir des processus clairs, justes, transparents et fondés sur les risques – pour la reconnaissance et la séparation des erreurs humaines des erreurs résultant de systèmes mal conçus et des actions irresponsables ou dangereuses qui sont condamnables.





#### Recommandations d'une culture juste

Être reconnaissant pour les membres de l'équipe de soins qui rapportent les événements indésirables et les accidents évités de peu, qui identifient les conditions dangereuses, ou qui ont de bonnes suggestions pour l'amélioration de la sécurité.

La clé de l'amélioration de la sécurité ne réside pas dans la modification de la condition humaine, mais dans l'évolution des conditions de travail.





### À l'abri de tout danger — décembre 2015



Téléchargez gratuitement l'intégralité du rapport au format PDF à l'adresse suivante :

www.npsf.org/free-from-harm



# État actuel de la sécurité des patients

»Preuve mitigée mais l'ensemble du groupe a estimé que les soins de santé sont plus sûrs mais il y a encore du travail à faire

- »Bien que limités, les progrès sont remarquables
  - Domaine récent
  - Encore au stade de l'élaboration d'une base scientifique
  - A reçu un investissement limité

- »Améliorer la sécurité du patient est un problème complexe
  - Nécessiter de résoudre le travail par diverses disciplines



# Approche nécessaire de l'ensemble du système

»Faire progresser la sécurité des patients exige de passer d'une gestion réactive, d'interventions au coup par coup à une approche du système total

»Nécessité d'adopter une approche plus large, au-delà des initiatives circonscrites et spécifiques pour susciter le changement

»Constatation fondamentale : les initiatives ne peuvent faire progresser qu'avec l'accent sur le travail d'équipe, la culture et l'engagement des patients



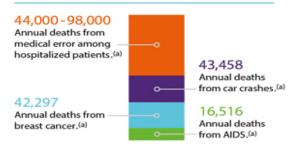
#### **FREE FROM HARM:**

ACCELERATING PATIENT SAFETY IMPROVEMENT FIFTEEN YEARS AFTER TO ERR IS HUMAN

Report of an expert panel convened by the National Patient Safety Foundation argues for looking at morbidity as well as mortality caused by medical errors and going beyond hospitals to improve safety across the continuum of care.



TO ERR IS HUMAN FRAMED PATIENT SAFETY AS A SERIOUS PUBLIC HEALTH ISSUE (1999 ESTIMATES)



BY SOME MEASURES, HEALTH CARE HAS GOTTEN SAFER SINCE TO ERR IS HUMAN



1.3 Million

Estimated reduction in hospital-acquired conditions (2011-2013) as a result of the federal Partnership for Patients initiative.<sup>(b)</sup>

TO UNDERSTAND THE FULL IMPACT OF PATIENT SAFETY PROBLEMS, WE MUST LOOK AT BOTH MORTALITY AND MORBIDITY



1in10

patients develops a health care acquired condition (such as infection, pressure ulcer, fall, adverse drug event) during hospitalization. (b)





Roughly 1 billion ambulatory visits occur in the US each year.<sup>(c)</sup>



About 35 million hospital admissions occur annually.(c)

ADVANCEMENT IN PATIENT SAFETY REQUIRES AN OVERARCHING SHIFT FROM REACTIVE, PIECEMEAL INTERVENTIONS TO A TOTAL SYSTEMS APPROACH TO SAFETY<sup>(d)</sup>

- Ensure that leaders establish and sustain a safety culture.
- Create centralized and coordinated oversight of patient safety.
- Create a common set of safety metrics that reflect meaningful outcomes.
- 4 Increase funding for research in patient safety and implementation science.
- 5 Address safety across the entire care continuum.
- 6 Support the health care workforce.
- Partner with patients and families for the safest care.
- Ensure that technology is safe and optimized to improve patient safety.



To read the full report and detailed set of recommendations, visit www.npsf.org/free-from-harm



In the control of the



#### Huit recommandations pour obtenir la sécurité totale des systèmes



1. S'ASSURER QUE LES DIRIGEANTS ÉTABLISSENT ET MAINTIENNENT UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ



2. CRÉER UNE SUPERVISION CENTRALISÉE ET COORDONNÉE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS



3. CRÉER UN
ENSEMBLE COMMUN
DE MESURES DE LA
SÉCURITÉ QUI
REFLÈTENT DES
RÉSULTATS
SIGNIFICATIFS



4. AUGMENTER LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SCIENCE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DE SA MISE EN ŒUVRE

L'amélioration de la sécurité nécessite une culture organisationnelle qui permet et donne la priorité à la sécurité. L'importance d'un changement de culture doit être mise en avant, plutôt que de prendre une place secondaire à d'autres activités de sécurité.

L'optimisation des efforts concernant la sécurité des patients exige la participation, la coordination et la supervision des organes de direction nationaux et des autres organismes de sécurité.

Les mesures sont essentielles pour l'avancement de l'amélioration. Pour avancer la sécurité, nous avons besoin d'établir des mesures standards à l'échelle du continuum de soins et de créer des façons d'identifier et de mesurer les risques et les dangers de façon proactive.

Pour faire des progrès importants dans la sécurité des patients, tant la science de la sécurité que la science de la mise en œuvre doivent être avancées, pour mieux comprendre les dangers et les meilleurs moyens de les éviter.



#### Huit recommandations pour obtenir la sécurité totale des systèmes



5. TRAITER DE LA SÉCURITÉ DANS L'ENSEMBLE DU CONTINUUM DE SOINS





6. AIDER LE PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ

La sécurité, le moral et le bien-être de la main-d'œuvre sont absolument nécessaires pour assurer la sécurité des soins. Infirmières, médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens, techniciens, et autres ont besoin de soutien pour réaliser leur plein potentiel de personnel soignant.



7. PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LES FAMILLES POUR DES SOINS LES PLUS SÛRS



8. S'ASSURER QUE LA TECHNOLOGIE EST SANS DANGER ET OPTIMISÉE AFIN D'AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Les patients et les familles doivent participer activement à tous les niveaux des soins de santé. À la base, l'engagement du patient concerne la libre circulation de l'information venant du patient et y allant.

L'optimisation des bénéfices de la sécurité et la minimisation des conséquences non désirées des technologies informatiques de la santé sont essentielles.



# 1— S'ASSURER QUE LES DIRIGEANTS ÉTABLISSENT ET MAINTIENNENT UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ

Refocus the boards of organizations to guide and be accountable for patient safety through governance, goal setting, and ensuring that executives and all levels of management value and prioritize safety (e.g., ensure that safety data and stories are presented at every board meeting).

Ensure that leadership and governance bodies develop and implement robust processes to initiate and sustain transformation to a culture of safety and respect, specifically one that encourages honesty, fosters learning, and balances individual and organizational accountability.





# 1— S'ASSURER QUE LES DIRIGEANTS ÉTABLISSENT ET MAINTIENNENT UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ

- ~ Plan élaboré et partagé avec la direction concernant la sécurité du patient et la qualité,
- La sécurité du patient et les discussions qui y sont relatives sont à l'ordre du jour de toutes les réunions du conseil
- ~ Tableau sur la sécurité du patient et la qualité à chaque réunion du conseil
- ~ Les événements qui portent préjudice à la sécurité du patient sont discutés à toutes les réunions du conseil
- ~ Tableau sur la sécurité de la main-d'œuvre à chaque réunion du conseil

# 2— CRÉER UNE SUPERVISION CENTRALISÉE ET COORDONNÉE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Align and harmonize national safety activities by designating or creating a central coordinating body.

Expand and accelerate collaborative improvement efforts (e.g., regional or specialty-specific coalitions) in patient safety across the care continuum.

#### » Gouvernement fédéral

- Organisations de l'amélioration de la qualité
- Comparer avec l'assurance maladie
- « statut présumé » de la Joint Commission

#### » Les gouvernements des états

- Augmentation des exigences pour les licences
- Conseils d'examen de l'état
- Cartes de rapports publics

#### » Sociétés d'état

- « Leapfrog Group »
- Cartels d'entreprise de santé

#### » Les assureurs privés

- La rémunération au rendement
- Maisons de santé centrées sur le patient

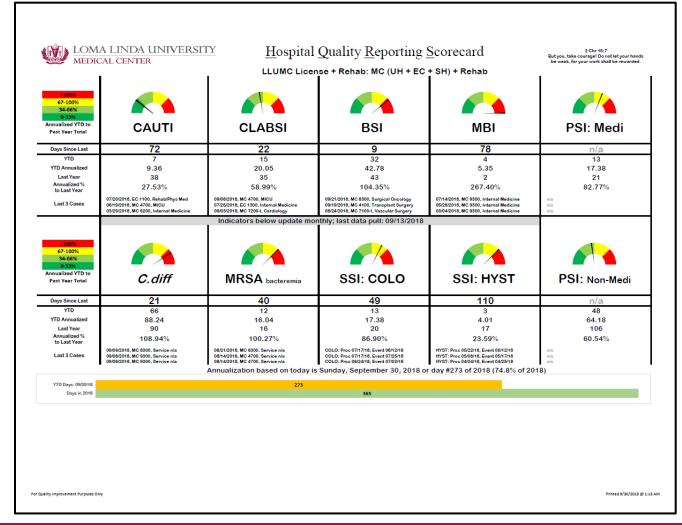
#### » Les associations de consommateurs

- Groupes consultatifs et de classements
- · HealthGrades.com
- « Angie's List »

# 3— CRÉER UN ENSEMBLE COMMUN DE MESURES DE LA SÉCURITÉ QUI REFLÈTENT DES RÉSULTATS

Créer un portefeuille des processus de la sécurité des patients et des mesures des résultats de norme nationale sur l'ensemble du continuum de soins et annuler les mesures non valides.

**SIGNIFICATIFS** 

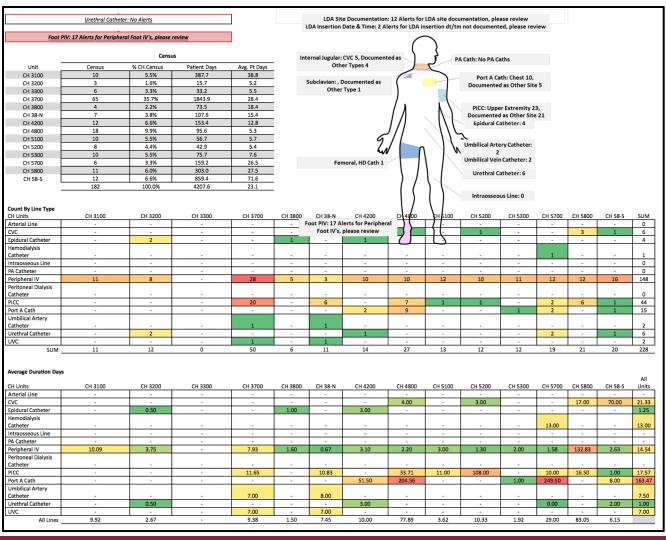




# 3— CRÉER UN ENSEMBLE COMMUN DE MESURES DE LA SÉCURITÉ QUI REFLÈTENT DES RÉSULTATS

Élaborer des processus et des outils pour identifier et mesurer les risques en temps réel afin de gérer de façon proactive les risques (p. ex., identifier les premiers signes de détérioration clinique).

**SIGNIFICATIFS** 





# 4— AUGMENTER LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA SCIENCE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET DE SA MISE EN

**ŒUVRE** 

Support collaboration between researchers in patient safety and researchers in safety sciences within other industries and sectors.

Identify and make available sustainable funding sources for safety and implementation research, including federal funding and public-private partnerships.

Expand health care safety scholar programs to train researchers with safety science expertise and to train operational and implementation leaders.

Encourage organizations that have successfully implemented safety innovations to establish learning labs and collaboratives to spread them to other organizations.





# 5— TRAITER DE LA SÉCURITÉ DANS L'ENSEMBLE DU CONTINUUM DE SOINS

- ~ Comprendre le rôle du conseil dans la supervision des événements causant préjudice
- ~ Divulgation et excuses
- ~ Le processus d'évaluation des analyses des causes premières des erreurs, des préjudices
- ~ Culture juste
  - La transparence et la communication concernant les erreurs et les préjudices avec les patients, les familles
- ~ Les organisations à haute fiabilité (OHF)
  - La transparence et la communication concernant les erreurs et les préjudices avec le public



# 6— AIDER LE PERSONNEL DES SOINS DE SANTÉ

- ~ Sondages sur la satisfaction des employés
- ~ Culture d'enquêtes sur la sécurité
- ~ Les défis (physique et affectif) de la sécurité au travail
- ~ Le roulement du personnel
- ~ Les taux de blessures chez les employés et les rapports sur la sécurité (physique et affective)

- ~ Tableaux sur la sécurité de la main-d'œuvre
- ~ Les taux de compensation des employés

# 7— PARTENARIAT AVEC LES PATIENTS ET LES FAMILLES POUR LES SOINS LES PLUS SÛRS

- ~ Évaluer, discuter régulièrement les sondages sur la satisfaction des patients et des familles
- ~ Utiliser régulièrement des histoires des patients et des familles
- ~ Évaluer et discuter régulièrement les enquêtes d'engagement des patients et des familles
- ~ S'engager avec le conseil consultatif des patients et des familles
- ~ Avoir la représentation des patients et des familles dans les comités
- ~ Avoir au moins un membre des patients et des familles dans le Conseil



# 8— S'ASSURER QUE LA TECHNOLOGIE EST SANS DANGER ET OPTIMISÉE AFIN D'AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Establish mechanisms for vendors and users to be transparent about health IT safety hazards and best practices.

Transparency about safety issues is the key to improvement.

Identify and measure the adverse effects and unintended consequences of health IT and implement best practices for risk mitigation.

Health IT has the potential to improve patient safety, but to date poor design and implementation limit that potential.

Establish expectations for health IT safety performance, such as routine testing for unsafe orders.

Much work remains to optimize existing systems.

Design health IT to facilitate communication and coordination with the patient and family.

Health IT can facilitate patient engagement.



# L'importance de rapports réguliers sur la qualité

- »L'amélioration de la qualité est l'utilisation d'un processus d'amélioration défini et délibéré et l'effort continu de réaliser des améliorations mesurables.
- »Ce qui est mesuré est accompli
- »De bons plans conduisent à la mise en œuvre
- »Calendrier de mise en œuvre des efforts d'amélioration de la qualité
- »Calendrier pour rapporter les efforts d'amélioration de la qualité à tous les intervenants



# Pourquoi rapporter au Conseil?

- »Protection contre les problèmes de qualité et de sécurité éventuels à l'aide de données facilement accessibles.
- »Se comparer avec d'autres hôpitaux en utilisant des mesures normalisées pour évaluer la qualité des soins hospitaliers



# Exemples

#### Sources externes

#### »Avantages:

- ~ Permet l'analyse comparative
- ~ Disponible du public

#### »Inconvénients:

- ~ Reflète souvent des données plus anciennes
- ~ Pas représentatif de tous vos patients
- ~ Possibilité de changements dans les définitions

#### **Sources internes**

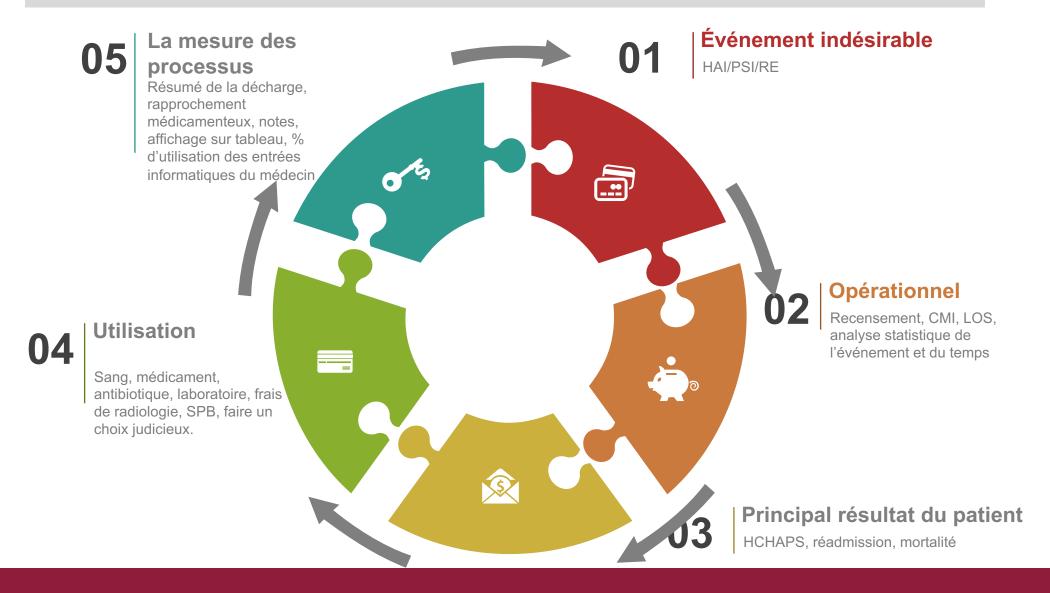
#### »Avantages:

- ~ Les données en temps réel
- ~ Votre propre définition

#### »Inconvénients:

 Incapacité d'évaluer ou de comparer à d'autres hôpitaux en temps réel







# 01 Événement indésirable

- » HAI
  - CLABSI
  - CAUTI
  - SSI
  - CDI
  - MRSA
- » PSI
- » EER





## 02 Opérationnel

- » Recensement, nombre de sorties
- » CMI, LOS
- » Disposition de décharge
- » Laps de temps entre deux opérations
- » L'efficacité de la décharge
- » Débit patient : temps entre l'ordre d'admission aux urgences et l'arrivée dans le département
- » Débit patient : temps entre l'ordre de décharge et le temps de départ réel



## O3 Principal résultat du patient

- » HCHAPS
- » Réadmission
- » Mortalité
- » La durée du séjour





## 04 Utilisation

- » L'utilisation, le gaspillage du sang
- » Gestion des antibiotiques, DOT
- » Coût total des médicaments
- » Coût total des frais de laboratoire
- » Coût total des frais de radiologie
- » La commande dirige l'utilisation



## 05 Les mesures des processus

- » Résumé de la décharge dans les 24 heures
- » Rapprochement médicamenteux à l'admission
- » Rapprochement médicamenteux à la décharge
- » % de notes copiées
- » % de mise à jour de la liste des problèmes lors de la sortie
- » % de patients ayant un rendez-vous à la clinique dans les 7 jours après la décharge
- » % d'utilisation des entrées informatiques du médecin



## Références

- 1. www.npsf.org/free-from-harm 2015
- 2. Sentinel event alert. A complimentary publication of The Joint Commission Issue 57, 1er mars 2017
- 3. To Err is human, novembre 1999



# Questions