Principes d'amélioration de la qualité de base

Dwight C. Evans, MD, FACP
Octobre 2018

Docteur Evans déclare qu'il n'a pas de conflits d'intérêts financiers

Le défi de la santé aujourd'hui

- Environ 8,6 millions de personnes meurent de mort « évitable » par an dans les pays à revenus moyens ou faibles
 - 5 millions à cause de la mauvaise qualité des soins délivrés [« modifiable »]
 - 3,6 millions par manque d'accès aux soins [« manque d'accès »]
- ~ 55 % de toutes les morts « évitables » sont dues à la mauvaise qualité des soins
- L'Institut de Médecine : les derniers rapports : « Franchir le gouffre de la qualité globale et améliorer les soins à travers le monde »
 - ~10 à 15 % de tous les décès sont dus à des défauts de qualité
 - Coût : ~ 1,5 billion de dollars chaque année

La mortalité due à la mauvaise qualité

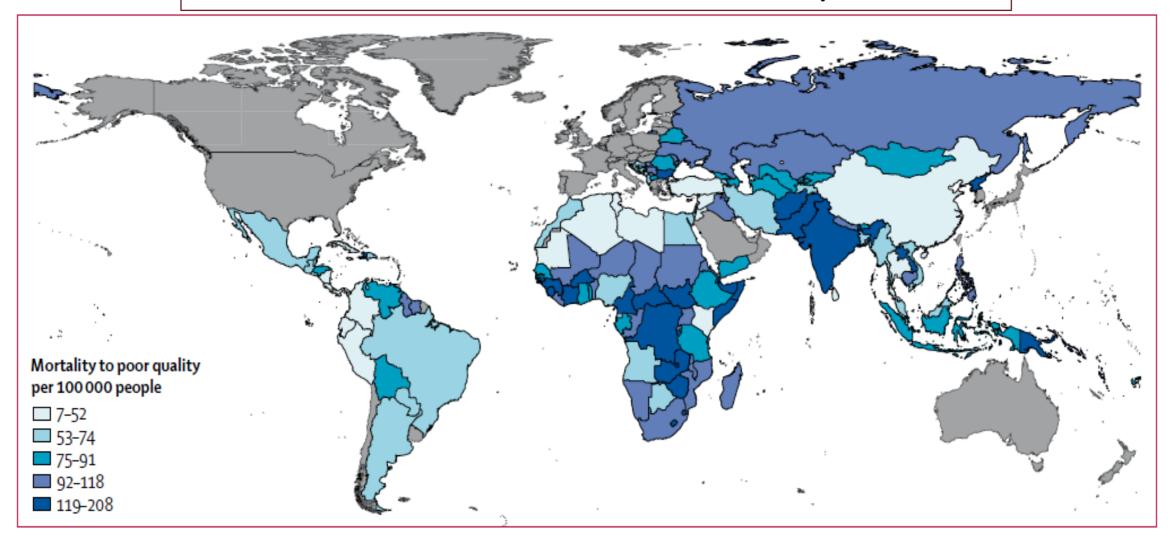


Figure 1: Mortality due to poor-quality health care by country

Principes de la science de l'amélioration

- « Chaque système est parfaitement conçu pour obtenir les résultats qu'il obtient »
 - Le rendement n'est pas une question d'effort, mais de conception du système
- 2. L'apprentissage par l'*échec* est tout aussi important que l'apprentissage à partir de la réussite
- 3. Attitude : Embrasser l'*humilité* d'apprendre quelque chose de nouveau
- 4. Agilité: « Que puis-je faire d'ici mardi prochain »?
- 5. L'amélioration de la qualité est « basée sur l'équipe »

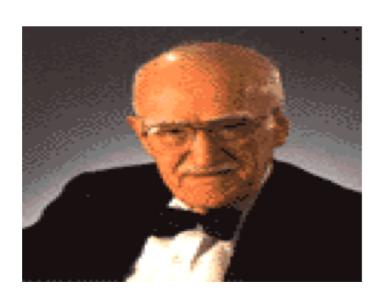
« La première loi de l'amélioration »

• « Chaque système est parfaitement conçu pour obtenir les résultats qu'il obtient. » Paul Betalden, M.D.

 Cela déplace la performance d'une question d'effort à une question de conception d'un système...

Si vous voulez améliorer les résultats, vous devez changer le système!

Le comportement du système



80 %

Joseph Juran

Mauvaise performance en raison de la conception du système 20 %

Mauvaise performance à cause des efforts des gens dans le système

Deuxième loi de « l'amélioration » — Transparence

- Être ouvert et honnête au sujet des tests « échoués » :
 - Ce sont souvent les cycles rapides d'amélioration les plus précieux
 - Il est naturel pour les hommes (les travailleurs de santé) de vouloir oublier leurs expériences qui ne fonctionnent pas

 Tous les scientifiques savent que l'apprentissage par l'échec est tout aussi important que l'apprentissage à partir de la réussite

Troisième « loi de l'amélioration »: Attitude

 Apprendre quelque chose de nouveau est humiliant. Cela exige que nous mettions de côté notre statut « d'expert » et devenions des apprentis : disciples, ouverts, réceptifs, et obéissants

 On n'aime pas se sentir stupide ; nous aimerions beaucoup plus être l'Enseignant, celui qui a réponse à tout, mais d'abord nous devons accepter l'humilité exigée d'un disciple

Accepter d'échouer

Quatrième loi de « l'amélioration » : L'agilité

Comment puis-je mettre en œuvre dans la nouvelle pratique de mardi prochain la nouvelle information parue ce jeudi dans la revue The Lancet ?

« Que puis-je faire d'ici mardi prochain? »

Cinquième « Loi de l'amélioration » : « La science de l'amélioration » est « basée sur l'équipe »

- Le personnel a besoin d'une culture qui reconnaît que les meilleurs soins viennent des gens qui travaillent en équipe, et non pas comme des « gardes forestiers solitaires » dont la seule responsabilité est la réussite ou l'échec de leurs actions
 - E nsemble
 - C hacun
 - A ccomplit
 - D avantage



« Les médecins perçoivent encore qu'ils sont le centre de l'univers des soins de santé. Les soins de santé sont un sport d'équipe, et nous n'avons pas travaillé de façon optimale en équipe »

Faciliter l'adoption de l'amélioration de la qualité projets pratiques d'amélioration

- Le simple fait de donner une conférence ou de parler au personnel soignant sur l'amélioration de la qualité – des idées et des études de cas ne les inciteront pas à prendre des initiatives d'amélioration de la qualité
- La théorie et la méthodologie de l'amélioration de la qualité sont mieux apprises par l'expérience concrète d'un travail d'amélioration
 - L'adoption de l'amélioration de la qualité réussit mieux lorsqu'on l'applique à une situation clinique réelle :
 - Identifier un domaine qui est important pour les cliniciens
 - Créer une plate-forme d'amélioration

Définition de la qualité

La définition de la qualité de l'Institut de Médecine — 6 buts

- 1. Sécurité: aussi sûr dans les soins de santé que chez nous
- **2. Efficacité**: des soins correspondant à la science ; éviter l'utilisation excessive de soins inefficaces et la sous-utilisation de soins efficaces
- 3. Système centré sur le patient : Respect de l'individu, et respect des choix
- **4. Rapidité**: Moins d'attente pour les patients comme pour ceux qui donnent les soins de santé
- 5. Rendement : La réduction des déchets
- 6. Équité : combler les différences entre les groupes de l'état de santé

Mesurer l'amélioration — pas pour rendre des comptes

- Les données et les mesures alimentent l'amélioration de la qualité
 - Les mesures d'amélioration ne sont pas des « mesures de rendement »
- Une mesure de l'amélioration recueille des données réelles (telles que le temps d'attente) pour mesurer le « système » (et non pas la performance des employés)
 - Pourquoi ?
 - Pour l'amélioration d'un processus
- Les mesures de l'amélioration créent des données de grande valeur qui peuvent conduire à une amélioration spectaculaire
 - Gain de temps et de ressources

Utiliser une méthodologie de l'amélioration de la qualité consistante (avec les cycles PEÉA)

- Méthodologies courantes d'amélioration de la qualité
 - Modèle pour l'amélioration : (3 questions ou plus)
 - Que cherchons-nous à accomplir : ce que vous visez à améliorer
 - Comment allons-nous savoir qu'un changement est une amélioration : les critères (mesures) pour savoir si un changement résulte en une amélioration soutenue
 - Quels changements pouvons-nous faire qui amèneront une amélioration?
 - Le cycle PEÉA (planifier, exécuter, étudier, agir)
 - La réflexion d'optimisation : met en valeur (se débarrasse des déchets)
 - Six Sigma (modèle DMAAC) et (modèle DMACV)
 - DMAAC : Définir, mesurer, analyser, améliorer, contrôler
 - Évalue les processus existants
 - DMACV : Définir, mesurer, analyser, concevoir, vérifier
 - Utilisé pour développer de nouveaux procédés

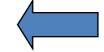


Agir

Que cherchons-nous à accomplir?

Comment savoir qu'un changement est une amélioration?

Quels changements pouvons-nous faire qui se traduiront par l'amélioration que nous cherchons?



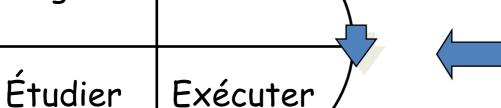
Buts et objectifs



Mesures



Langly, Nolan, Nolan. Les bases de l'amélioration. Silver Spring, MD; API Publishing, 192.



Planifier

Essayer des idées avant de mettre en œuvre des changements

Modèle pour l'amélioration

- Les cycles PEÉA sont l'épine dorsale de l'amélioration de la qualité des soins de santé : pas « simpliste »
 - Planifier : l'objectif : quelles questions doivent être posées ? Envisager alors d'effectuer le cycle de changement
 - Exécuter : exécuter le plan, documenter les obstacles imprévus, commencer l'analyse des données
 - Étudier : analyse complète des données, comparer les résultats à la prédiction et résumer ce que vous avez appris
 - Agir : déterminer quelles modifications seront faites et ce que sera le prochain cycle PEÉA
 - Les données alimentent les cycles PEÉA

Modèle de l'amélioration — BUT

- Utiliser l'acronyme « SMAFO » (pour aider à définir le « but »)
 - Spécifique
 - Mesurable
 - Accessible
 - Fiable
 - Opportun
 - Un objectif « étiré » est l'évidence que le système actuel est inadéquat et qu'un nouveau système est nécessaire
- Exemple :
 - D'ici le 19 janvier, le nombre de patients transférés des Urgences à une salle < 1 heure à compter de la décision d'admission, sera réduit de 40 %

Outils de l'amélioration de la qualité

- Faire des tableaux : Affichage visuel des mesures dans le temps
- Schéma de la cause et de l'effet : Un dessin pour organiser les causes ayant contribué à un problème afin d'établir les priorités, de sélectionner, et d'améliorer la source du problème
- Graphiques de Pareto : Ils sont utilisés pour visualiser des données qualitatives (perception par le patient des soins et de la qualité de vie) et permettre de se concentrer sur les efforts d'amélioration
- La cartographie des processus : Elle montre clairement un processus en précisant clairement le début, la fin, et les points de décision clé
- Cartes de contrôle: Indiquent des causes particulières de variation dans un processus, identifient les premiers signes de succès dans un projet d'amélioration, et suivent de près un processus pour s'assurer qu'il conserve les gains acquis

Réflexion d'optimisation

- Identifier les clients et spécifier une valeur
- Identifier et cartographier les flux de valeur (processus)
- Créer des flux en éliminant le gaspillage
- Répondre à ce qui attire le client
- Rechercher la perfection

Outils de la réflexion d'optimisation

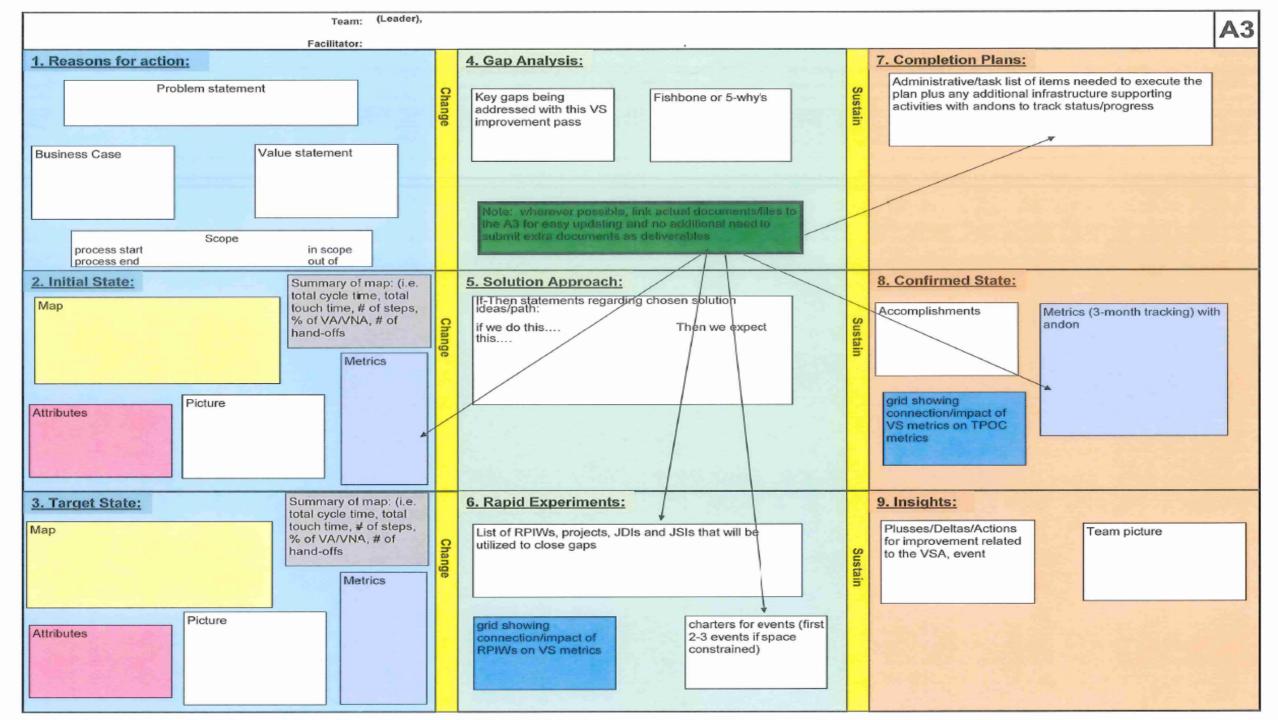
- Atelier d'amélioration rapide des processus (« Kaizen »)
- Le cadre A3
- Instructions normalisées de travail
- Formation « juste à temps »
- « 5 S » Milieu de travail visuel : [trier, mettre en ordre, briller, normaliser et soutenir]
- « 5 Pourquoi » (un outil de résolution des problèmes)
- Un système visuel à base de cartes pour le système de commentaires (« Kanban »)
- Promenades « Gemba » (observations de première ligne)
- « Arrêter la chaîne » immédiatement en cas d'erreur

Réflexion d'optimisation – penser A3

- Une approche normalisée pour résoudre un problème :
 - Pour le leadership exécutif très utile dans la planification stratégique : administratif
 - Pour les employés en première ligne très utile dans la résolution des problèmes d'une zone spécifique : clinique
- Une orientation étape par étape pour la résolution de problèmes
- L'A3 offre un aperçu clair, concis, en une page
 - Il peut rassembler de grandes quantités d'informations sous une forme compréhensible à l'aide d'un affichage visuel
 - Il raconte votre histoire dans un seul document!

Se concentrer sur la planification stratégique — A3

- Le procédé de l'A3 peut être utilisé pour votre conférence ou votre événement annuel de planification stratégique pour créer :
 - La vision
 - Les objectifs
 - Le plan de mise en œuvre de haut niveau pour l'année prochaine
- En définissant le « Vrai Nord », vous vous assurez que l'ensemble de votre organisation est stratégiquement aligné



A3 1^{re} case: raison de l'action

- Quel est l'énoncé du problème ?
- Quelle est la portée du problème ?
- Quelles sont les limites que vous définirez ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
•	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights

A3 – 2^e case: état actuel

- À quoi l'organisation ressemblet-elle à ce moment ?
 - Les données, l'analyse de rentabilisation pour le besoin :
 - Identifier quels sont les processus de base.
 - Carte de débit du processus de base
 - Identifier les principales questions de haut niveau (Kapowie)

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

Outils de la science de l'amélioration – Format du graphique de flux de processus

Activité à effectuer dans un processus

Activité pour commencer, finir un processus

Décision ou question Oui — Non

Kapowies – endroits où vous identifiez les problèmes, les arriérés Les flèches () sont utilisées pour relier les symboles – séquences et relations réciproques

Carte du processus — Antisepsie de la peau au site opératoire

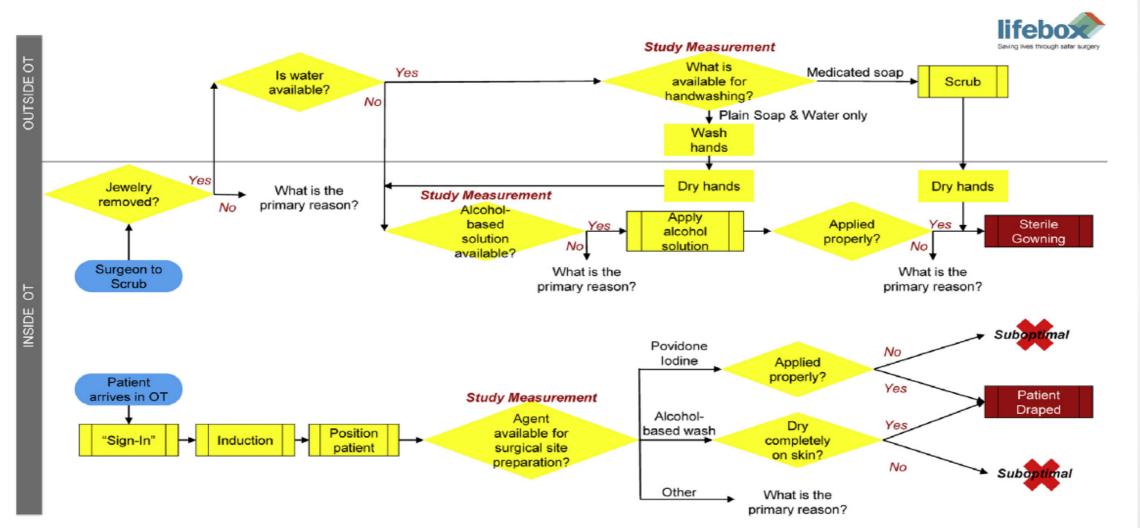


Figure 1. Hand and surgical site skin antisepsis process map. The map is to be read from the top left starting with the light blue oval

Forrestor JA, Koritanszky LA, et al. « Développer des cartes des processus comme un outil pour une initiative d'amélioration de la qualité de la prévention des infections chirurgicales dans un contexte à ressources limitées » Am J Surg 2018 ; 226 ; 1103-1116.

A3 – 3^e case: état futur (cible)

- À quoi voulons-nous que l'organisation ressemble dans :
 - 1 an
 - 5 ans à partir de maintenant ?
- À quoi ressemble le « bien » ?
- Comment saurons-nous que cela a fait un impact ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
ı	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experime nts	8 Insights

A3 – 4^e case: analyse des différences

- Quelles sont les grandes différences (lacunes à combler) entre l'état actuel et l'état futur ?
- Quel contrôle, quelle influence avons-nous sur ces différences ?
- Quelles sont certaines des causes possibles de ces différences ?

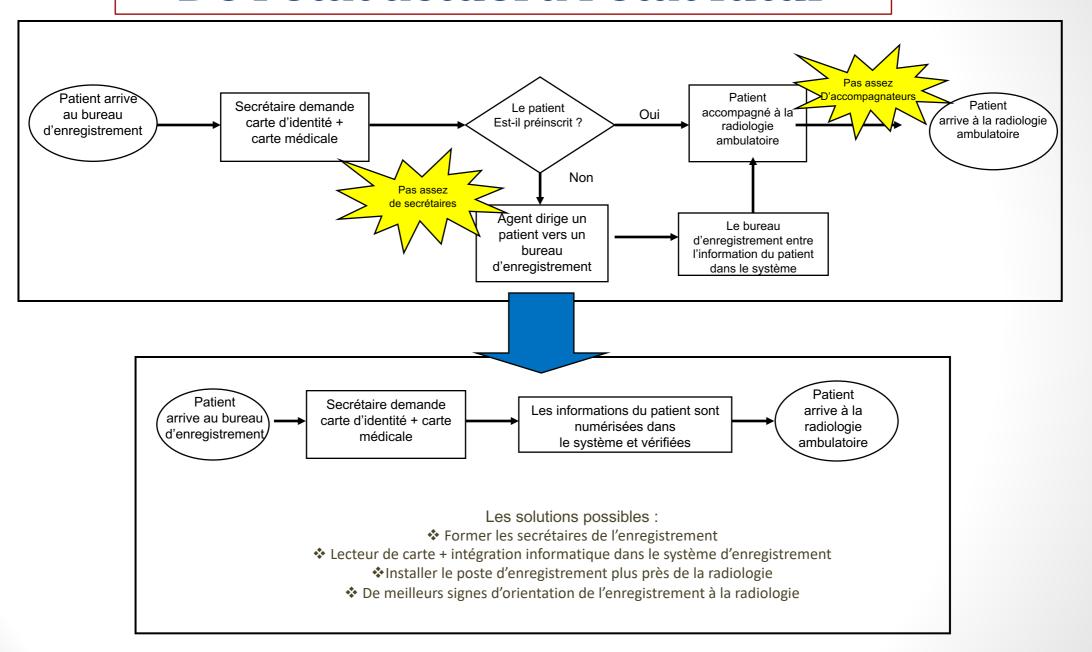
Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
I	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	5 Rapid Experiments	8 Insights

A3-5^e case: approche de la solution

- Quelles idées, stratégies avonsnous pour combler l'écart ?
- Lequel des processus de base a le potentiel le plus grand pour combler les lacunes (atteindre la cible)
- Qu'est-ce que les autres ont fait pour combler les lacunes ?
- Dans quelle mesure les solutions proposées sont-elles faciles ou difficiles ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
I	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights

De l'état actuel à l'état futur



A3 – 6^e: expériences rapides

- Contre-mesures proposées pour aborder chaque cause première
- Résultats prévus pour chaque contre-mesure
- Faire plusieurs cycles PEÉA
- L'évaluation Q :
 - Les étapes des contre-mesures sontelles bien identifiées ?
 - Est-ce que les contre-mesures sont liées à la racine du problème ?
 - Qui est responsable de quoi, pour quelle date (5 pourquoi – est-ce clair)
 - Ces mesures vont-elles prévenir la récurrence du problème ?
 - L'ordre de mise en œuvre est-il clair et acceptable ?

Reason for Action	Gap Analysis	Completio n Plan
I	2	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Z Target (Future) State	5 Rapid Experiments	8 Insights

A3 – 7^e case : la mise en œuvre (PEÉA, atelier d'amélioration rapide des processus)

- Table pour documenter la manière dont vous allez faire les cycles PEÉA pour combler les lacunes
 - Qui (qui dirige la tâche)
 - Quoi (la tâche)
 - Quand (date de fin)
 - Où
- Apprendre et améliorer le processus au fur et à mesure

Reason for Action	Gap Analysis	Completion Plan
I	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	Rapid Experiments	Insights
3	6	9

A3 – 8^e case: état confirmé

- Réalisations
- Mesures (données)
 - Faire des chartes, et les contrôler, etc.
 - Documenter les changements mesurés (% d'amélioration ou % de ce qui ne se passe plus, etc.)

Reason for Action	Gap Analysis	Completio n Plan
I	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	5 Rapid Experiments	Insight /

A3 – 9^e case: idées

- Qu'avez-vous appris de ce processus ?
- Comment pouvons-nous faire mieux la prochaine fois
- Résumé : cela termine l'histoire de la réussite de votre projet d'amélioration de la qualité!

Reason for Action	Gap Analysis	Completio n Plan
ı	4	7
Current State	Solution Approach	Confirmed State
2	5	8
Target (Future) State	5 Rapid Experiments	8 Insights / Reflection

Pourquoi penser A3?

- Un cycle structuré de l'amélioration
- Un cadre pour organiser la réflexion
 - Peut être utilisé pour tout type de problème (clinique ou administratif).
- Évite de perdre du temps à débattre de la méthode
- Révèle les questions, les problèmes et les anciennes façons de penser
- Rend visuel la résolution des problèmes
- Raconte une histoire!

Exercice pratique pour aujourd'hui

- Travailler sur les besoins de votre installation de soins :
- Exemples :
 - Prévention des infections au site opératoire
 - Amélioration de l'efficacité de la salle d'opération
 - L'amélioration de l'accès aux premiers soins
 - Diminution de la ligne principale associée aux infections de la circulation sanguine