

The background of the slide is a dark grey, semi-transparent image of medical equipment. A silver stethoscope is positioned in the center, with its chest piece resting on a surface. To the right, a black pen lies diagonally. The overall aesthetic is professional and clinical.

Sécurité des patients et amélioration de la qualité 101

CONFÉRENCE MONDIALE SUR LA SANTÉ
NOVEMBRE 2020

Objectifs

- Comprendre pourquoi la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité sont essentielles à la prestation de soins de santé aujourd'hui
- Connaître la signification du vocabulaire de base de la sécurité des patients et de l'amélioration de la qualité
- Pour comprendre les méthodes de base concernant la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité

Sécurité des patients et amélioration de la qualité traditionnelles

« guérir parfois
soulager souvent
Éduquer sans cesse
toujours reconforter »

Objectif primordial pour les soins de santé

- Dans les mots du patient : « Ils me donnent exactement l'aide dont j'ai besoin et que je veux, exactement quand j'en ai besoin et que je veux »
- Ainsi, le système idéal de soins de santé du 21e siècle évalue les soins à travers les yeux du patient

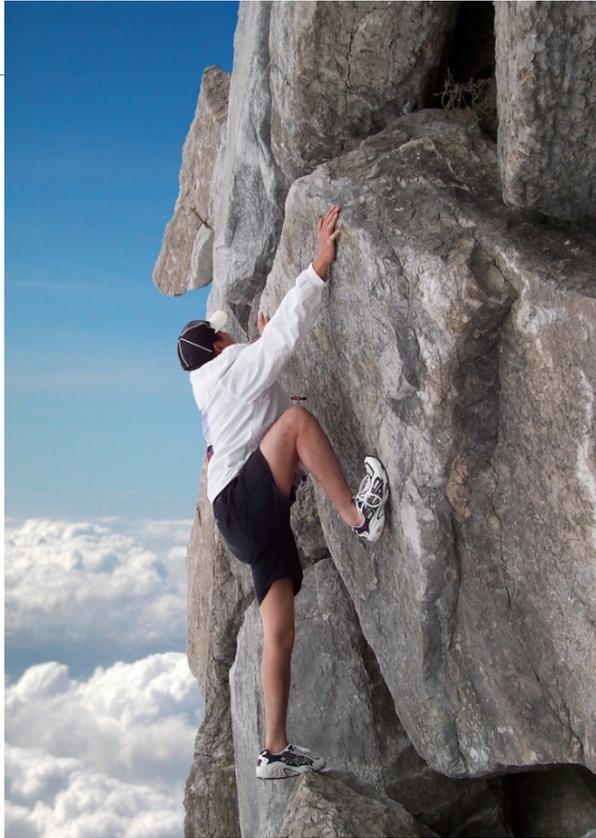
Pourquoi se soucier de la sécurité des patients et de la qualité des soins ?

- Avez-vous la responsabilité éthique de fournir systématiquement de bons soins aux patients ?
- Votre communauté est-elle mieux lotie parce que votre établissement de santé y est présent ?

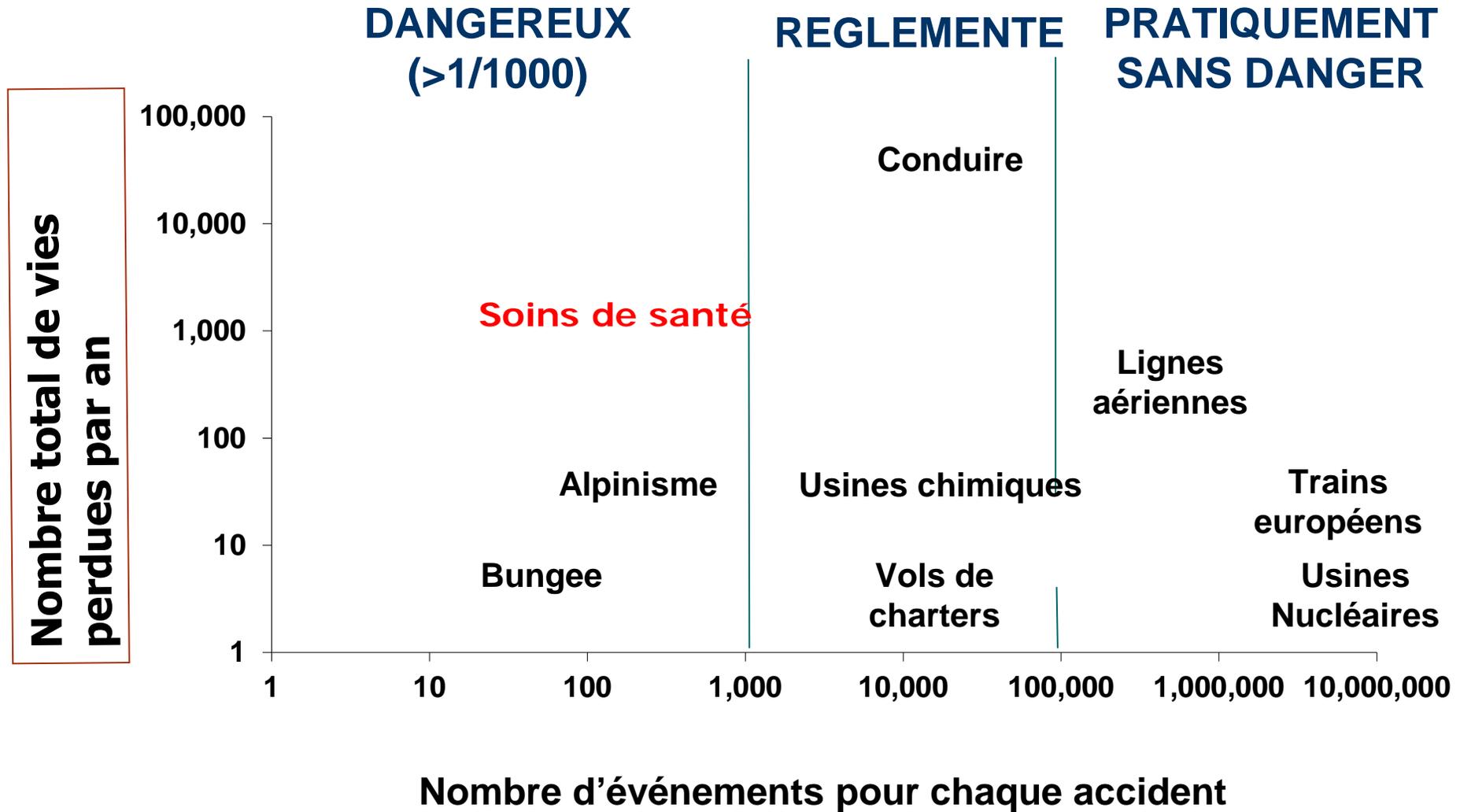
Questions à poser lors de l'évaluation des résultats des soins de santé – en médecine factuelle

1. Quel pourcentage de vos patients reçoit des soins conformément aux meilleures pratiques actuelles (médecine factuelle) ?
2. Comment les soins de santé que vous offrez doivent-ils évoluer pour refléter les meilleures pratiques (médecine factuelle) ?
3. Est-ce que vos professionnels / gestionnaires de la santé ont les compétences et le soutien nécessaires pour effectuer ces changements nécessaires ?

Qu'est-ce qui est le plus dangereux ?



À quel point donner des soins de santé est-il dangereux ?



Sécurité du patient

- Les soins de santé font deux promesses morales / éthiques implicites aux patients qui nous confient leurs soins, nous nous engageons à :
 - Faites tout notre possible pour les aider
 - Ne pas leur faire de mal

Sécurité du patient

- La sécurité des patients est la prévention des erreurs médicales et des événements indésirables
- L'intégration de la SP dans la pratique est un processus très complexe en ce sens qu'elle interagit à la fois avec la pratique des cliniciens et le « système » institutionnel
- Les systèmes de soins doivent être construits sur une « culture de la sécurité »
 - Un système conçu pour éviter les erreurs tout en donnant aux membres du personnel les moyens de promouvoir la sécurité et de reconnaître et de réagir aux erreurs qui se produisent

Sécurité du patient

- Un taux de réussite de 80 à 90 % pour une institution semble « excellent »
- Mais du point de vue des patients, c'est inacceptable
 - Pour chaque patient, la fiabilité est une question de « tout ou rien »
 - La sécurité est la qualité pour un « n » de un
- Une sécurité optimale des patients nécessite un cadre pour améliorer la fiabilité — des protocoles de soins normalisés, fondés sur des données probantes et largement acceptés sont essentiels

Variation actuelle en pratique

- Étude du contenu des soins aux adultes entre 1996 et 1998 :
- Seuls 55 % des patients ont reçu des soins « recommandés » (439 mesures du processus de soins)
- Jusqu'à 10 000 vies par an peuvent être sauvées de la pneumonie pourraient être évitées chaque année
- Le « fossé » entre ce que nous savons qui fonctionne et ce qui est réellement fait est si grand que cela nécessite une attention particulière

Sécurité des patients – Penser aux systèmes

- Aucun système ne pourra jamais « éliminer toutes les erreurs ».
- Un principe clé : tous les programmes de sécurité des patients axés exclusivement sur l'élimination des erreurs échoueront
- Nous sommes humains. Nous n'éliminerons jamais toutes les erreurs. Le véritable objectif est de prévenir les dommages aux patients
- Comment : en adoptant une approche systémique de la résolution de problèmes

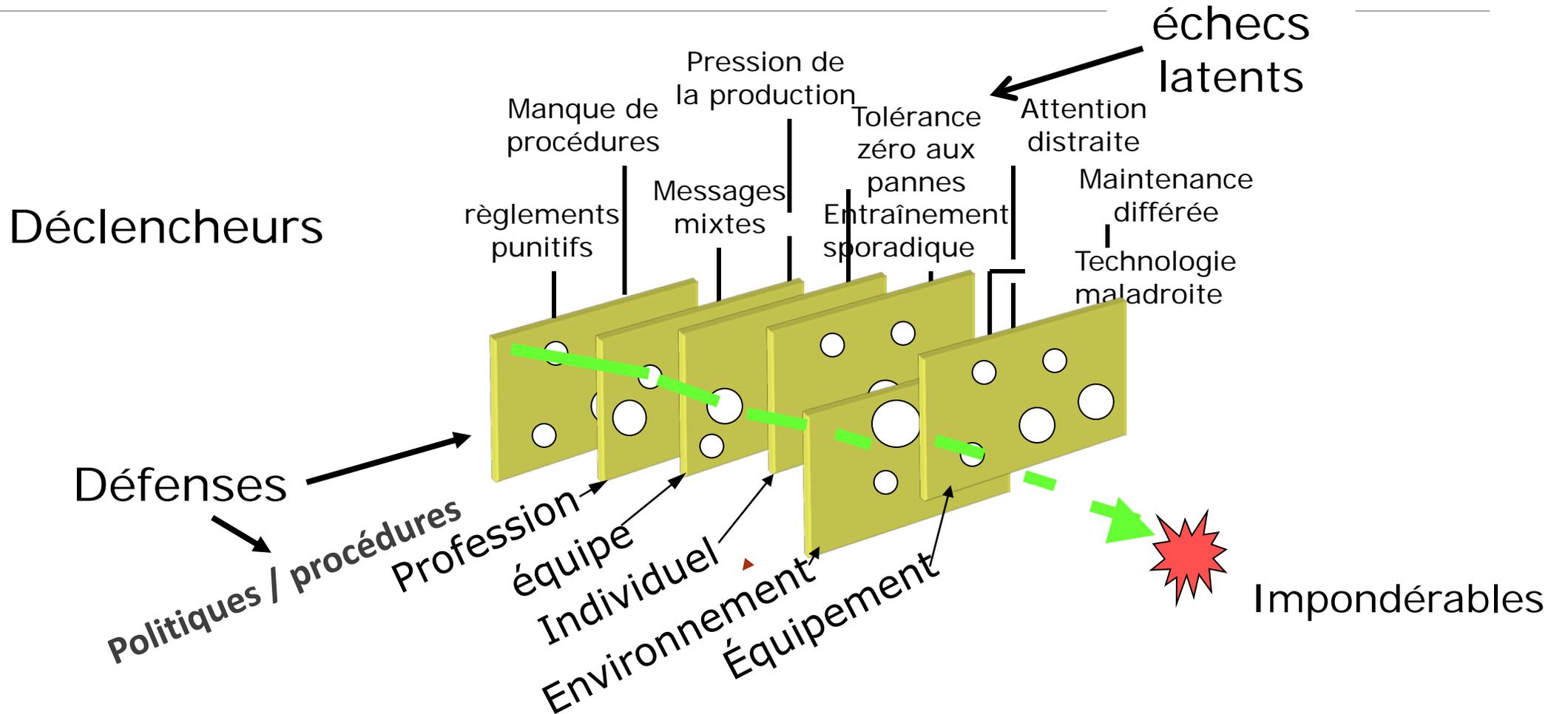
Erreurs médicales

- Définition de l'institut de Médecine (IOM) :
 - « L'impuissance à amener à bien comme prévu une action planifiée ou l'utilisation d'un mauvais plan pour atteindre un objectif (y compris les problèmes de pratique, les produits, les procédures ou le système) »
- « Un processus qui ne se déroule pas comme il a été prévu par ses concepteurs / gestionnaires »
- Une définition plus pratique :
 - « Absence de blessures accidentelles grâce aux soins médicaux »

Erreurs dans la sécurité des patients

- Les dommages évitables sont la troisième cause de décès
- La médecine gaspille de 30 à 40 % des sommes dépensées en soins de santé
- Les instruments chirurgicaux laissés à l'intérieur des patients, les surdosages d'anticoagulants aux patients pédiatriques, les opérations sur le mauvais côté du corps, n'offrir un traitement approprié (tous traitements inclus) qu'environ 55 % du temps et tuer ~ 100.000 personnes par an.
 - Environ 17 % des patients hospitalisés souffrent d'une erreur de diagnostic et ~ 7 % souffrent d'une erreur médicale

Le modèle du fromage suisse (Reason, 1991)



Événement sentinelle

Un événement imprévu entraînant la mort ou des blessures physiques ou psychologiques graves, ou le risque associé

Les blessures graves comprennent la perte d'un membre ou d'une fonction. « Ou le risque associé » comprend toute variation de processus pour laquelle une récurrence entraînerait un risque significatif d'issue indésirable grave

Évités de justesse

- « Les accidents évités de justesse sont l'énorme iceberg sous la surface où toutes les erreurs futures se produisent »
- Les accidents évités de justesse reçoivent le même niveau d'examen que les événements indésirables qui entraînent un préjudice réel
 - Ils sont 3 à 300 fois plus fréquents que les événements indésirables réels
 - Une volonté et un moyen (moyens) de signaler les problèmes sont essentiels pour des soins sécuritaires, car vous ne pouvez pas résoudre ce dont vous n'êtes pas au courant.
- Aussi important, sinon plus important, d'évaluer un nouveau « manqué » que d'évaluer une mésaventure réelle qui a causé un préjudice au patient

Réponse normale à une erreur médicale

- Allez directement aux membres du personnel impliqués (l'extrémité pointue du ciseau)
 - Le médecin / résidents en médecine
 - L'infirmière
- Cependant, cela va à l'encontre d'un concept de culture de la sécurité (« culture juste ») :
 - Ne pas blâmer automatiquement le soignant
 - Au lieu de cela, faites une enquête approfondie sur l'incident
- Analyse de la cause originelle :
 - Analyse de la cause originelle (CRA) est le processus qui cherche à explorer tous les facteurs possibles associés à l'incident en demandant ce qui s'est passé, pourquoi cela s'est produit et ce qui peut être fait pour éviter que cela ne se reproduise

Culture juste

- Une atmosphère de confiance dans laquelle les gens sont encouragés (voire récompensés) pour fournir des informations essentielles liées à la sécurité. Les individus font confiance qu'ils ne seront pas tenus responsables des défaillances du système ; mais sont également clairs sur l'endroit où la frontière doit être tracée entre un comportement acceptable et un comportement inacceptable

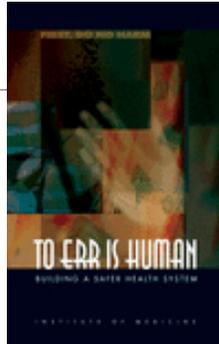
Caractéristiques du système qui favorisent une culture de la sécurité des patients

- Changement de culture : est-ce sans danger de signaler les événements indésirables ?
- Simple : rapport d'une page (ou moins)
- Partager les commentaires : dans un système efficace — les événements indésirables sont analysés par des experts et tous partagent leurs commentaires

Les gourous de la sécurité des patients et de l'AQ

- Walter Shewhart : le premier à décrire le cycle PFEA et le contrôle statistique
- W. Edwards Deming : se concentrer sur l'amélioration des processus, la direction a la responsabilité finale de la qualité
 - Causes spéciales de variation : variation inutile associée à des causes spécifiques : équipement, personnes
 - Causes courantes de variation : celles associées aux aspects des systèmes tels que la conception, la formation, les machines ou les conditions de travail
- Joseph Juran : L'AQ est un processus sans fin, les objectifs concernant la qualité doivent être spécifiques
- Ishikawa / Taguchi : techniques statistiques / outils de qualité
- Paul Betalden, Donald Berwick, Lucien Leape et Brent James

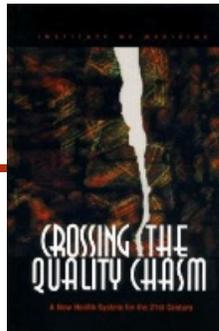
Le catalyseur



« *L'erreur est humaine* » 1999

~ **98,000** décès évitables

C'était le « **quoi** »



« *Traverser le gouffre de la qualité* » 2001

La qualité comme problème de systeme

C'était le « comment »

Les six objectifs d'amélioration

Sans danger

Efficient

Centré sur le patient

Opportun

Efficace

Équitable

Objectifs de sécurité des patients

1. Améliorez la précision de l'identification des patients :
 - a. Deux identifiants du patient
 - b « Processus de temporisation » : avant le début de toute procédure invasive, effectuez un processus de vérification final pour confirmer que tous les membres de l'équipe comprennent que :
 1. Vous avez le bon patient
 2. Vous suivez la bonne procédure
 3. Sur le bon site,
 4. Avec la disponibilité de données auxiliaires appropriées
 5. La « temporisation » est documentée

WATCHDOG GROUP PROMOTES STRATEGY TO END MEDICAL ERRORS



BY STAYSKAL FOR THE TAMPA TRIBUNE

Objectifs de sécurité des patients

2. Améliorer l'efficacité de la communication entre les soignants :

Ordres verbaux et téléphoniques ou résultats de tests critiques — nécessitent une vérification par « relecture »

Ne jamais documenter avec des abréviations, acronymes ou symboles non approuvés (liste « ne pas utiliser »)

La notification et la réception des résultats et des valeurs critiques des tests doivent être effectuées en temps opportun (<60 minutes)

Normaliser les communications de transfert, y compris le temps de poser et de répondre aux questions (comme S.C.E.R.)

Communication : S.C.E.R.

- Situation :

- « J'appelle concernant Mme Smith ; je m'inquiète de ses signes vitaux »

- Contexte :

- Elle a été admise il y a 2 jours avec un traumatisme thoracique et abdominal »

- Évaluation :

- « Elle est hypotensive et tachycardiaque ; je pense qu'elle va en état de choc »

- Recommandation :

- « J'ai besoin que vous veniez la voir MAINTENANT. Êtes-vous disponible ? »

Objectifs de sécurité des patients

3. Améliorez la sécurité des médicaments :

Les concentrations de médicaments ont une liste standardisée qui limite la quantité qui peut être donnée

Des mesures sont prises pour éviter les erreurs de médicaments similaires

Étiqueter tous les médicaments et toutes les solutions utilisés dans les salles d'opération et de procédure

4. Réduire le risque d'infections nosocomiales

Respectez les consignes d'hygiène des mains : lavez-vous les mains pendant au moins 15 secondes avant et après la prestation des soins ou utilisez un gel pour les mains à base d'alcool

Gérer tous les décès imprévus ou les pertes fonctionnelles permanentes majeures associées à une infection nosocomiale en tant qu'événement sentinelle

Ordonnances de médicaments écrites : écriture illisible

- 16 % des médecins ont une écriture illisible.¹
- Cause fréquente d'erreurs de prescription. 2, 3, 4
- Retarde l'administration des médicaments.
- Interrompt le flux de travail. 5
- Réclamation courante et coûteuse dans les affaires de faute professionnelle

1. Anonyme. JAMA 1979 ; 242 : 2429-30 ; 2. Brodell RT. Arch Fam Med 1997; 6 : 296-8 ;
3. Cabral JDT. JAMA 1997 ; 278 : 1116-7 ; 4. ASHP. Am J Hosp Pharm 1993; 50 : 305-14 ;
5. Cohen MR. Erreurs de médication. Causes, prévention et gestion des risques ; 8.1-8.23

Erreurs de médication

DÉFAUTS DE PRESCRIPTION :

- Prescription inappropriée
- Sous-prescription
- Surprescription
- Erreurs doubles
- Prescrit des médicaments qui interagissent
- Donné au mauvais patient

ERREURS DE PRESCRIPTION :

- Erreur de dose de médicament
- Voie d'administration
- Fréquence d'utilisation
- Durée de la thérapie

Liste de contrôle chirurgical

- Un effort de l'OMS en 2007 pour réduire le nombre de décès par chirurgie
- Objectif : renforcer les pratiques de sécurité acceptées et favoriser une meilleure communication et un meilleur travail d'équipe entre les disciplines cliniques
- Un outil pour les cliniciens pour améliorer la sécurité de leurs opérations et réduire la morbidité et la mortalité inutiles

Erreurs liées à la sécurité des patients – infections nosocomiales

- Liste de contrôle des infections de la circulation sanguine associées à la ligne centrale (CLABSI) : dans le SICU (Johns Hopkins) — a entraîné une réduction de 70 % des CLABSI dans les 100 USI du Michigan
 - Mais la liste de contrôle n'est qu'un aspect
 - Changement de culture et de comportement grâce à une mesure robuste
- 9 effets indésirables évitables : événements indésirables médicamenteux, CAUTI (Infection des voies urinaires associée au cathéter), CLABSI, blessures dues aux chutes, escarres, thrombo-embolie veineuse, VAE, événements indésirables obstétricaux

Penser aux systèmes :

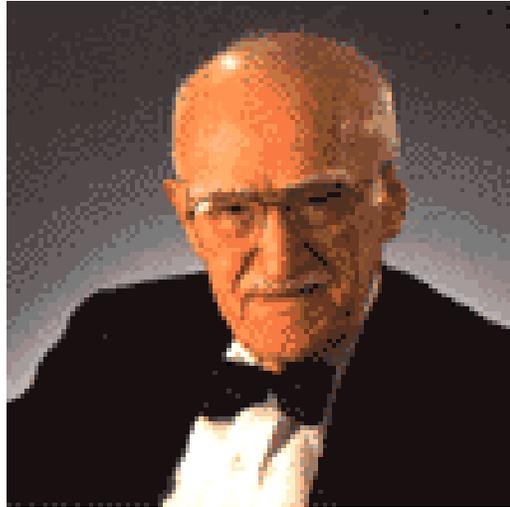
- Penser aux systèmes n'est pas facile
- Cela n'est pas un acte naturel : on voit les détails mais pas l'ensemble
- Mais pour maîtriser l'art de l'amélioration de la qualité (système), nous devons avoir une compréhension profonde et fondamentale de la façon dont les pièces sont connectées dans tout notre système de santé complexe.
- « Nous devons accepter l'erreur humaine comme inévitable — et concevoir autour de ce fait. » — Don Berwick, MD
- « La recherche du taux d'erreur nul est vouée à l'échec depuis le début »

Penser aux systèmes :

« Diriger un hôpital n'est pas
faire de la chirurgie du cerveau....

C'est bien plus difficile ! »

Comportement des systèmes



Joseph Juran

80 %

Mauvaise performance
En raison de
conception
du **système**

20 %

Mauvaise performance
due aux efforts
des **personnes**
dans le **système**

Penser aux systèmes

« Les établissements de santé sont les organisations les plus complexes à gérer »

Peter Drucker

Amélioration de la qualité (QI)

- La qualité est « la mesure à laquelle le clinicien ou l'organisation satisfait ou dépasse les besoins et les attentes des patients »
- L'AQ implique la mise en œuvre systématique et continue de changements qui améliorent de manière mesurable les soins aux patients
 - L'AQ est basé sur la compréhension qu'il est plus facile d'améliorer ce qui peut être mesuré, donc l'AQ implique un suivi et une évaluation

Amélioration continue de la qualité

- L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est à la fois une philosophie de gestion (le travail de la direction est d'optimiser le système Deming) et une méthode de gestion :
 - Elle est rigoureusement basée sur une prise de décision factuelle
 - Elle est basée sur les systèmes
 - Elle implique les équipes en unité
 - Elle met l'accent sur la poursuite de l'analyse et de l'amélioration du système
 - C'est l'apprentissage de l'organisation
 - Elle utilise des outils de qualité
 - Elle est basée sur un conseil de qualité à l'échelle de l'établissement
 - Elle est basée sur l'engagement de la direction à rendre les processus efficaces
 - Elle utilise l'analyse statistique
 - Elle utilise une analyse comparative appropriée (comparaisons entre pairs) pour identifier les meilleures pratiques

Les 6 domaines fondamentaux de la qualité

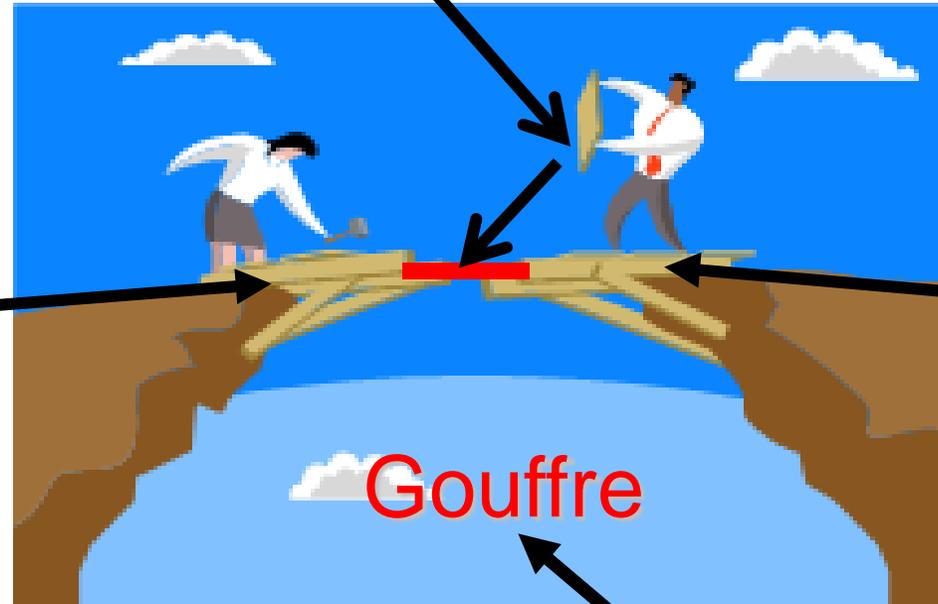
Institut de Médecine

- 1. Sécurité** : autant sans danger dans les soins de santé que chez nous
- 2. Efficacité** : faire correspondre les soins à la science ; seulement des soins « appropriés » — éviter la surutilisation de soins inefficaces et la sous-utilisation de soins efficaces
- 3. Centré sur le patient** (la personne) : honorer l'individu et respecter les choix
- 4. Rapidité** : moins d'attente pour les patients et les soignants
- 5. Efficacité** : réduire les déchets : « Améliorer mon travail, c'est mon travail »
- 6. Équité** : combler les écarts dans l'état de santé des groupes

« Traverser le gouffre de la qualité »

Notre tâche : « l'amélioration de la qualité »

Où nous
pensons
être



Objectif :
médecine
factuelle

Où nous sommes
réellement

« On ne saute pas par-dessus un gouffre en deux étapes »

Méthode classique pour définir la qualité dégradée

- **Surutilisation** (de procédures qui ne peuvent pas aider)
[jusqu'à 15 % des actions]
- **Sous utilisation** (des procédures qui peuvent aider)
[jusqu'à 50 % des actions]
- **Mauvaise utilisation** (erreurs d'exécution)

« Science de l'amélioration (de la qualité) »

- Fondamentalement, la méthode scientifique :
 - Mesurer le processus actuel (état de base)
 - Analyser les étapes du processus (cartographie des processus)
 - Créer une « hypothèse » (changer une partie du processus)
 - Expériences modifiant le processus ([CRA] cycle rapide d'amélioration : Cycle PFEA)
 - Mesure des nouveaux résultats (AQ et sécurité du patient)
 - Analyse : accepter (intégrer dans vos processus) ou rejeter le changement étudié

La « première loi de l'amélioration de la qualité » [Étape no 1]

- « 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 de système (changement de la forme existante)....

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

Deuxième « Loi d'amélioration de la qualité : » Transparence

- Soyez ouvert et honnête à propos des tests ayant échoué :
 - Ce sont souvent les CRA les plus précieux
 - Il est naturel pour les humains (travailleurs en soins de santé) de vouloir oublier les expériences qui ne fonctionnent pas
- Mais tous les scientifiques savent qu'il est tout aussi important d'apprendre de l'échec que d'apprendre de la réussite

Troisième loi de l'amélioration de la qualité : 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, enseignables, obéissants
- Nous n'aimons pas nous sentir stupides ; nous préférerions de loin être le Maître, celui qui a toutes les réponses, mais nous devons d'abord embrasser l'humilité qu'exige l'apprentissage
- Accepter d'échouer

Quatrième « loi de l'amélioration de la qualité » : agilité

Comment puis-je intégrer les nouvelles informations trouvées dans le Lancet de jeudi dernier dans la nouvelle pratique de mardi prochain ?

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

La cinquième « loi de l'amélioration de la qualité » est « basée sur l'équipe »

Le personnel a besoin d'une culture qui reconnaît que les meilleurs soins proviennent de personnes travaillant en équipe et non en tant que « francs-tireurs isolés » ayant la seule responsabilité du succès ou de l'échec de leurs actions

- **E**nsemble
- **C**hacun
- **A**ccomplit
- **P**lus



« Les médecins perçoivent toujours qu'ils sont le centre de l'univers de la santé. Les soins de santé sont un sport d'équipe, et nous ne travaillons pas de manière optimale en équipe »

Carte d'équipe

Nom du projet:		
Date de la carte	Date de début:	Date d'achèvement cible:
Projet de groupe	téléphone	Titre
Mettez les noms des membres de l'équipe et leurs coordonnées	
Propriétaire du processus	téléphone	Titre
Énoncé du problème		
<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez le problème, l'opportunité ou l'objectif en termes concis et mesurables. • Incluez un résumé du problème et de son impact (alias PAIN). 		
Énoncé d'objectif		
<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez l'objectif d'amélioration de l'équipe • Commencez par les mots «réduire, éliminer, contrôler» • Doit être `` SMART " - spécifique, mesurable, atteignable, pertinent, limité dans le temps 		
Portée du projet		
<ul style="list-style-type: none"> • Où commence le processus sous enquête? • Où s'arrête ce processus? • Qu'y a-t-il à l'intérieur de la portée du projet? • Qu'est-ce qui sort du cadre du projet? 		
Livrables		
<ul style="list-style-type: none"> • Quel (s) résultat (s) final (aux) attend-on de ce projet? • Comment saurez-vous que des changements ont entraîné des améliorations? 		

Méthodes d'amélioration de la qualité

[médecine factuelle pour les organisations de soins de santé]

1. Betalden et IHI — Modèle d'amélioration [Amélioration par cycle rapide]
2. Pensée « minimaliste »
3. Théorie des contraintes
4. Théorie des files d'attente
5. Six Sigma
6. ISO 9001
7. Critères de Baldrige pour l'excellence des performances

Modèle pour une amélioration

Qu'essayons-nous
d'accomplir ?

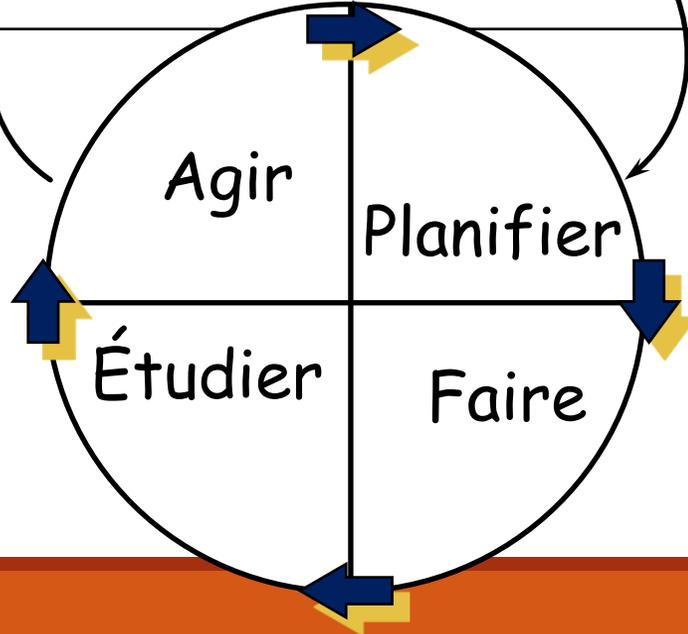
← buts

Comment saurons-nous qu'un
changement est une amélioration ?

← mesures

Quels changements pouvons-
nous apporter pour aboutir aux
améliorations que nous
recherchons ?

← Changer les principes



← tester les idées
avant de mettre en
œuvre des
changements

BUT

Compétence no 1

- Utilisez l'acronyme de « SMART » (pour vous aider à choisir un « objectif » approprié)
 - **S**pécifique
 - **M**esurable
 - **A**tteignable
 - **P**ertinent
 - **T** limité dans le Temps
- Les objectifs doivent être ambitieux — étirer les objectifs
 - Montrez clairement que le système actuel est inadéquat — un nouveau est nécessaire

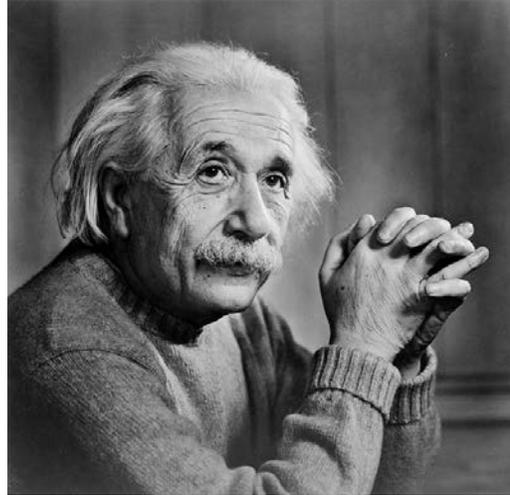
Exemples d'énoncés d'objectifs forts

- Augmenter le nombre de patients qui atteignent la durée requise de séjour continu de 10 % d'ici la fin de l'année civile 2021
- D'ici janvier 21, le nombre de patients transférés des urgences à un service moins d'une heure après la décision d'admission diminuera de 40 %
- Réduire le pourcentage de séjours d'observation convertis en séjour d'admission de 48,5 % pendant l'année fiscale 2020 à 30 % ou moins d'ici la fin de l'année civile 2021
- Réduire la durée moyenne de séjour de 5,48 à 5,00 d'ici le 1er janvier 2021

Mesure [compétence 2]

- Vous « ne pouvez pas réparer quelque chose que vous ne mesurez pas »
- N'oubliez pas : la mesure n'est pas l'objectif — l'amélioration est l'objectif
- Il vous faut juste assez de données pour savoir si les changements que vous mettez en place conduisent à une amélioration
 - N'attendez pas un grand « plan directeur »
 - Soyez souple : « Que puis-je faire d'ici mardi prochain ? »
 - Suivez et orientez vos données au fil du temps (carte)

Einstein sur la collecte de données



« Tout ce qui compte ne peut pas être compté,
et tout ce qui peut être compté ne compte pas »

« Six Sigma »

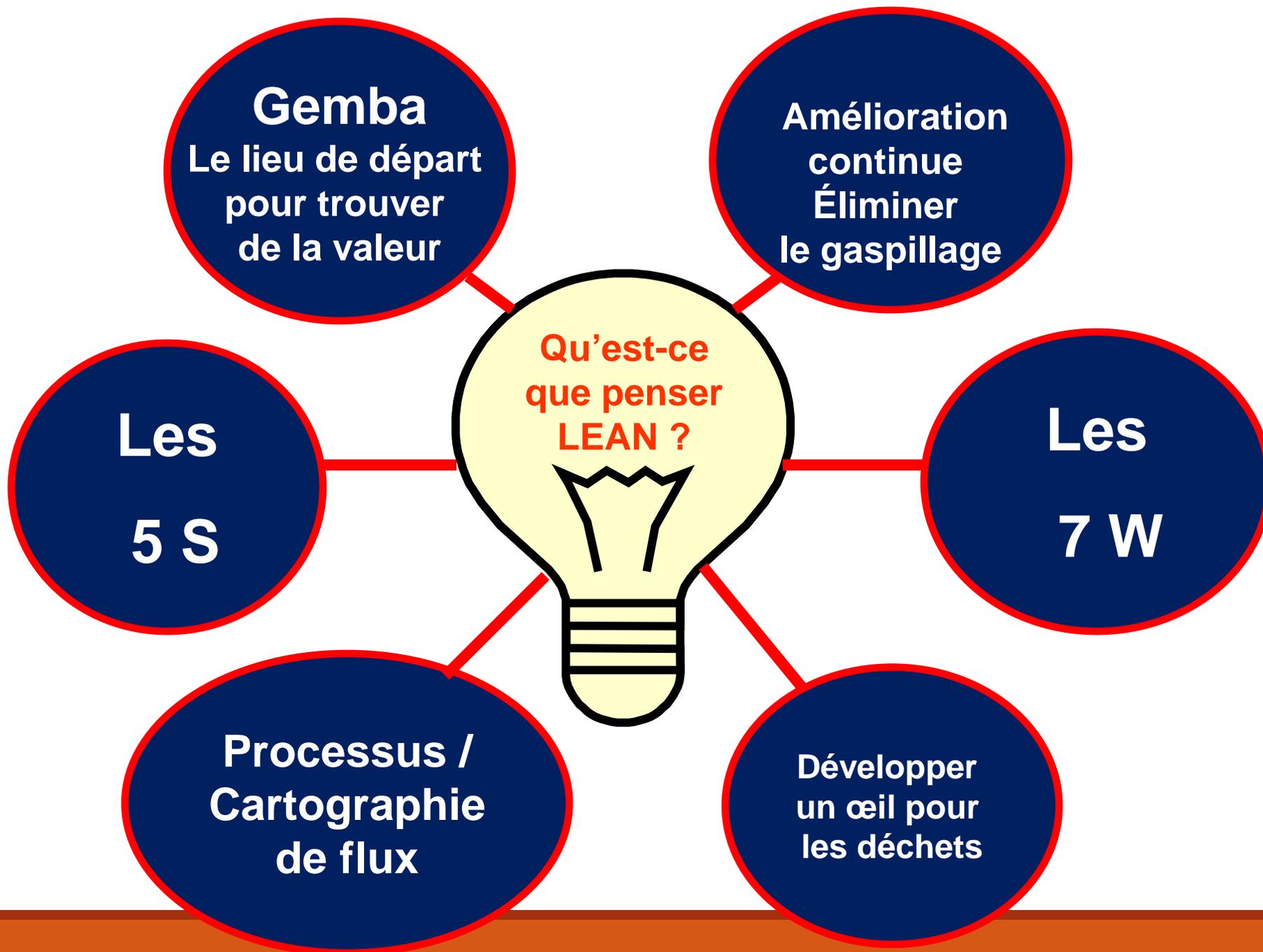
- En statistique, un « sigma » fait référence à l'écart-type par rapport à la moyenne d'une population
- La déviation standard décrit la probabilité que votre prochain point de données s'écarte de la moyenne de l'ensemble de données
- Six Sigma est tout au sujet de la réduction de la variance
 - La variance est un symptôme de gaspillage
 - Une variance élevée signifie beaucoup de déchets (faible sigma)
- Six Sigma est très axé sur les problèmes — Il utilise DMAAC pour analyser un problème :
 - Définir, mesurer, analyser, améliorer et contrôler
 - Ainsi, très similaire aux cycles PFEA / cycle rapide d'amélioration

Pensée Lean (minimaliste)

Lean est une méthodologie d'amélioration et un état d'esprit centrés sur :

- Éliminer les déchets
- La livraison cohérente de la valeur
- La résolution des goulots d'étranglement et des contraintes qui affectent la fourniture cohérente de valeur en maximisant le flux

Dans **Lean**, la valeur est définie par le patient et la famille



Les 5 « S » : Trier, mettre en ordre, briller, normaliser, systématiser

- 5 S : un effort organisé et sans fin pour
- Retirer tous les déchets physiques du lieu de travail qui ne sont pas nécessaire pour effectuer des travaux dans cette zone
- Mettre les choses en ordre
- Identifiez, étiquetez, attribuez un emplacement pour stocker afin que cela puisse être facilement retrouvé, récupéré et rangé

Lean Six Sigma: 5S

5S is a workplace organization technique composed for five primary phases: Sort, Set In Order, Shine, Standardize, and Systematize.



SORT

Keep only necessary items



SET IN ORDER

Arrange items to promote



SHINE

Clean the work area so it is



STANDARDIZE

Set standards for a consistently



SYSTEMATIZE

Maintain and review



Temps moyen pour trouver 8 médicaments = 3:07



Temps moyen pour obtenir 8 médicaments = 1:08

« Amélioration de la qualité » — Kit d'outils de mesure

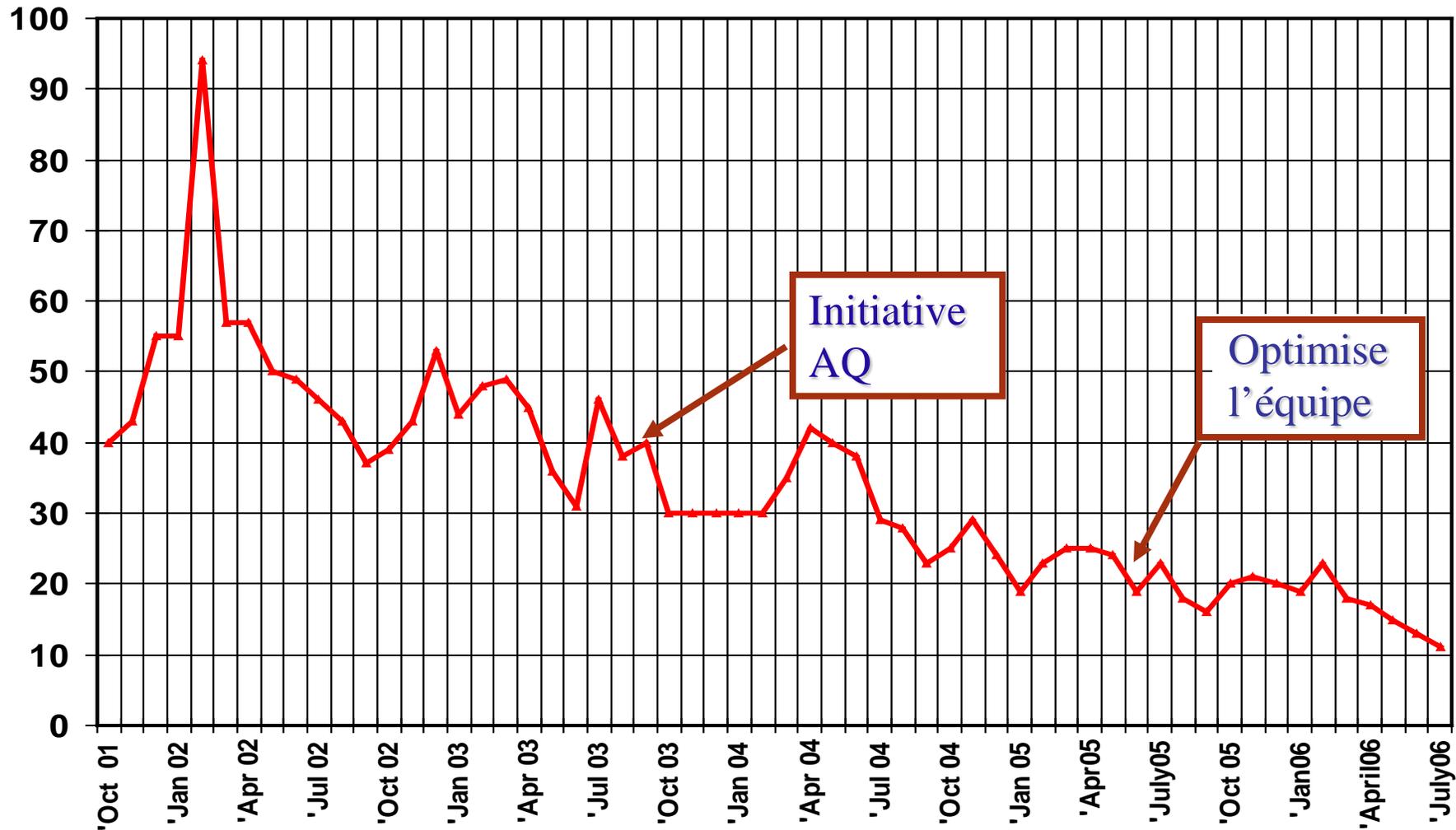
- Outils AQ : (les plus courants)
- Carte de parcours [relie les données au fil du temps ; l'amélioration est-elle secondaire aux changements ?]
- Graphique de Pareto [aide à stratifier les causes]
- Cartographie de flux (processus) [décrit un processus : actuel et idéal]
- Diagrammes de cause à effet (cartes en arête de poisson / Ishikawa) [identifie les sources de variation]
- [Processus statistique] Cartes de contrôle [Shewhart : Le processus est-il « sous contrôle »]
- diagrammes A3 [Un cycle d'amélioration structuré qui rend visuel la résolution de problèmes en racontant une histoire]

Cartes de parcours

- Mesurer ce que nous essayons d'améliorer au fil du temps
- Cela aide à répondre à la question qualité : Faisons-nous mieux depuis la mise en œuvre des changements que nous avons apportés ?
- Cela nous dit-il ce que nous devons faire ?
 - Non !

Carte de parcours – liste en attente IRM

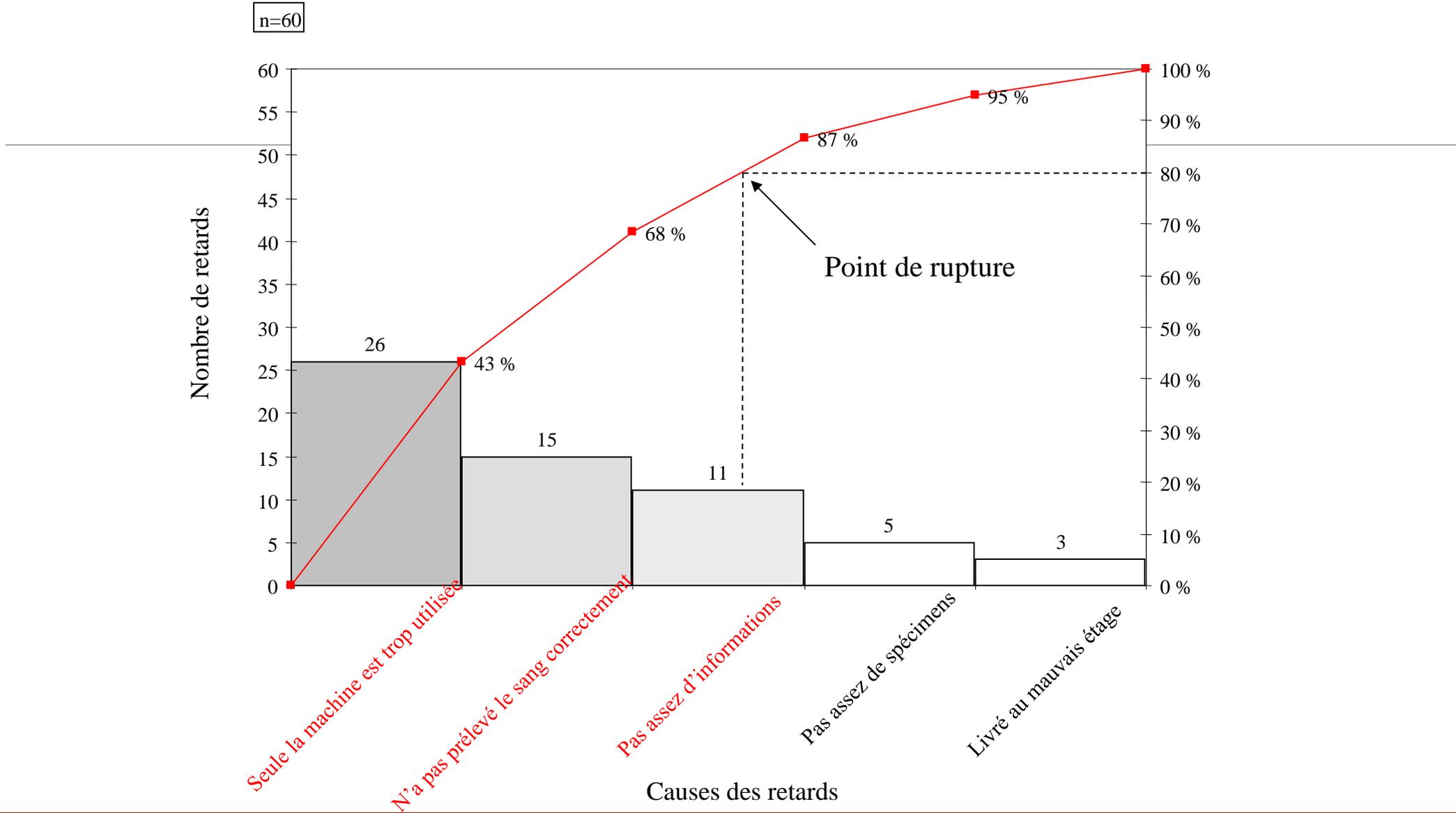
Journées
de travail



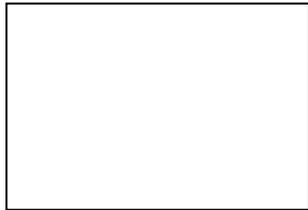
Outil AQ — Graphique de Pareto

- Un diagramme de Pareto est un histogramme vertical avec les barres disposées du plus long en premier à gauche et se déplaçant successivement vers le plus court
- La disposition des barres verticales donne une indication visuelle de la fréquence relative des causes contributives du problème, chaque barre représentant une cause

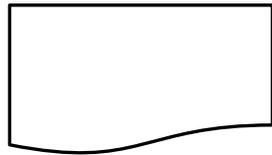
Tableau de Pareto pour les travaux de laboratoire en retard



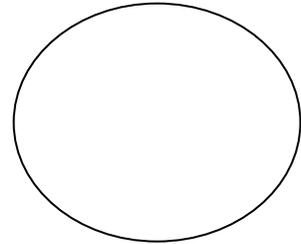
Outils AQ — Cartographie du flux du processus



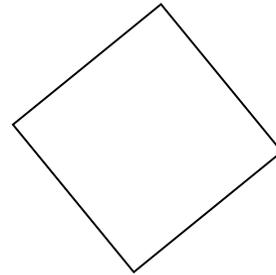
Activité



Document



Début / Fin



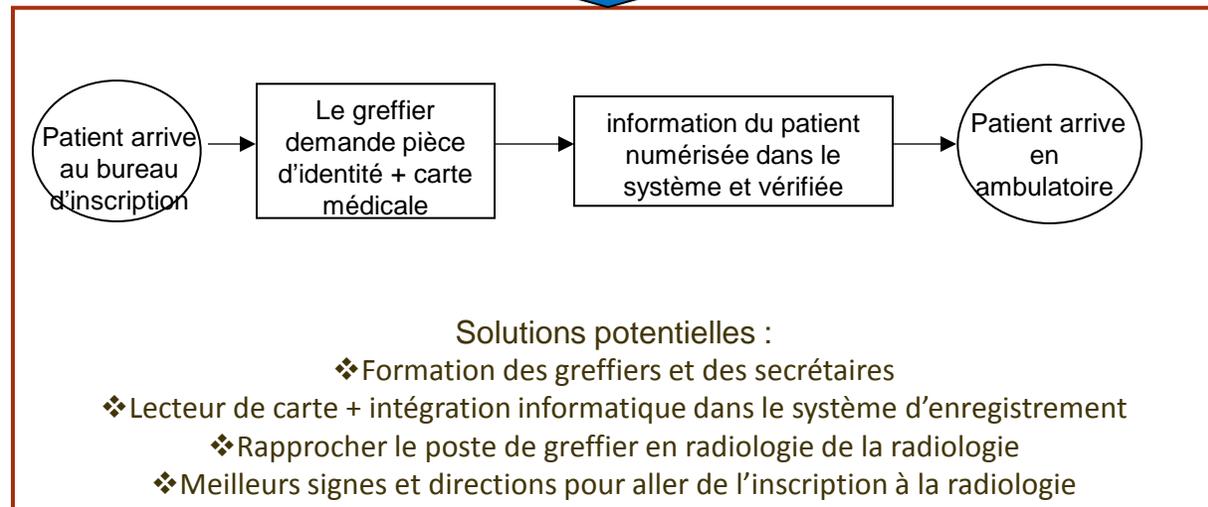
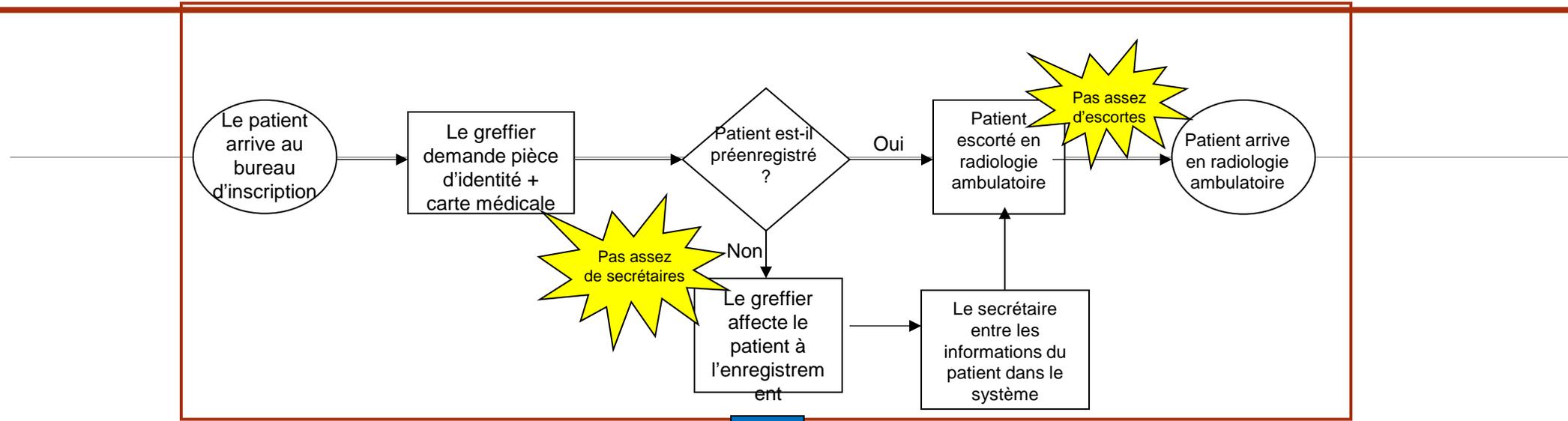
Décision

Utilisé pour comprendre le processus actuel et identifier les opportunités d'amélioration. Il montre le flux de travail tout au long du processus, y compris toutes les activités, décisions, retards et points de mesure

Des flèches (→) sont utilisées pour connecter les symboles — montre la séquence et les interrelations

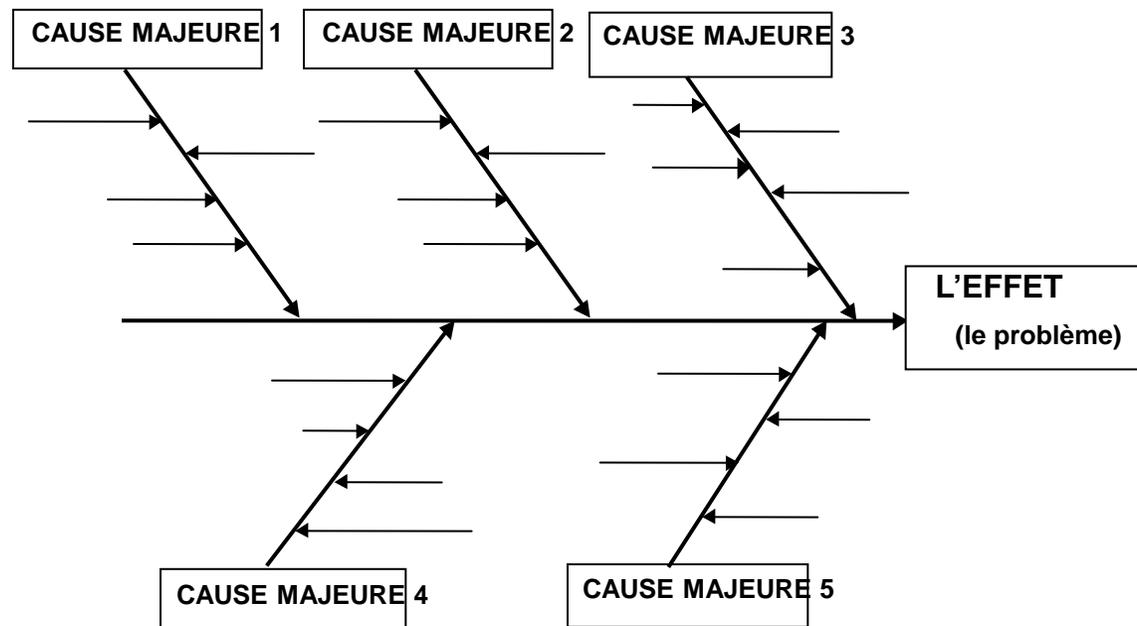
Une représentation picturale du fonctionnement d'un processus — la séquence d'actions qui doivent être effectuées pour accomplir une tâche spécifique

Cartographie de processus : de l'état actuel à l'état futur



The Cause-And-Effect Diagram

Utilisé pour analyser systématiquement les causes particulières d'un problème. Cela commence par les causes majeures et va à rebours jusqu'aux causes profondes. Il organise les résultats du remue-méninges. Aussi connu sous le nom de diagramme en arête de poisson et de diagramme d'Ishikawa (du nom de son inventeur, le Dr Kaoru Ishikawa du Japon)



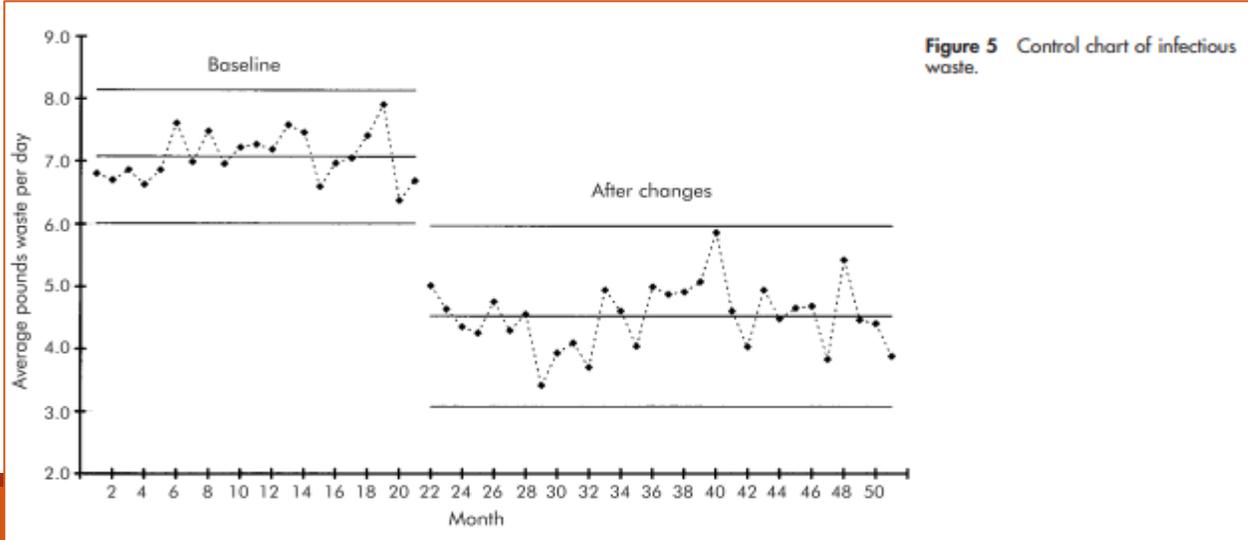
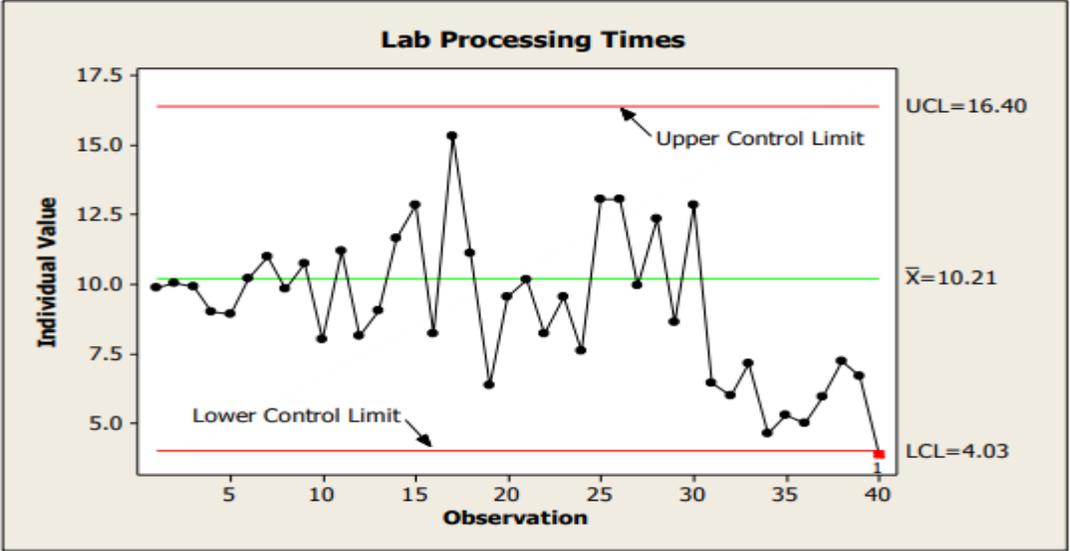
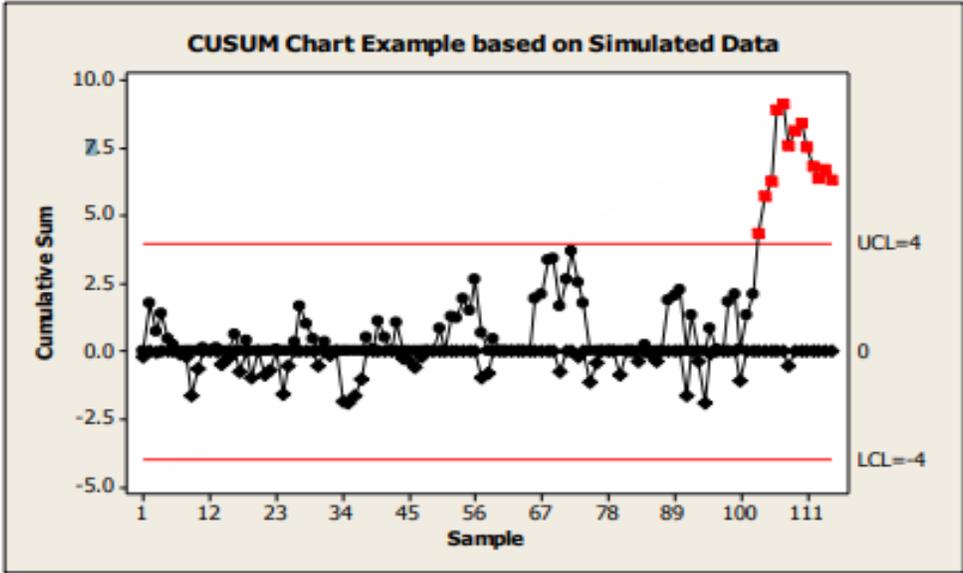
Catégories courantes de causes majeures :

- Homme (personnes)
- Méthodes (politiques et procédures)
- Matériaux (fournitures)
- Machine (équipement)
- Argent
- Environnement

Carte de contrôle

- C'est un « graphique de parcours » qui montre les limites de « contrôle » d'environ trois écarts-types
 - Il est dérivé de statistiques simples [de nombreux progiciels statistiques dériveront automatiquement ces graphiques] : moyenne, écart-type et plage
 - Cela ne nous dit pas quoi faire ; il montre si le système « sous » ou « hors de » contrôle.
- Deux types de « variation »
 - Cause ordinaire — l'objet du contrôle de l'AQ
 - Variation inhérente au processus — généralement de nature aléatoire
 - Réduit uniquement en améliorant le système sous-jacent (processus) !
- Cause spéciale — l'objet de l'AQ
 - Cause externe — attribuable à une source spécifique — non aléatoire

Carte de contrôle



Pensée « Lean A3 »

- Une approche standardisée de la résolution de problèmes :
 - Pour les dirigeants — problèmes à l'échelle de l'établissement / problèmes administratifs
 - Pour le personnel clinique de première ligne — très utile pour résoudre les problèmes en unité
- Une direction étape par étape pour résoudre les problèmes
 - Amélioration continue de la qualité (soins aux patients + systèmes administratifs)
- L'A3 fournit un aperçu clair et concis en une page
 - Il peut consolider de grandes quantités d'informations dans un format compréhensible à l'aide de l'affichage visuel
- Le processus A3 devrait devenir le moyen « par défaut » de la planification stratégique et des améliorations

« LEAN A3 »

1. Raison de l'action: VISION / Analyse Équipe et BUT	4. Analyse des écarts: Changement	7. Plan d'achèvement: Soutenir la propagation du nouveau processus
2. • État actuel: Processus cartographique Mesure de base	5. • Approche de la solution: Changer d'idées	8. État confirmé: Soutenir et diffuser
3. • État cible (ou futur): État idéal / cible de la carte Mesure	6. • Expériences rapides (cycles PFEA = CRA) Changement	9. Connaissance profonde: Des idées pour aider à soutenir et à diffuser

Facilitator:

1. Reasons for action:

Problem statement

Business Case

Value statement

Scope
process start process end in scope out of

2. Initial State:

Map

Summary of map: (i.e. total cycle time, total touch time, # of steps, % of VA/VNA, # of hand-offs)

Metrics

Attributes

Picture

3. Target State:

Map

Summary of map: (i.e. total cycle time, total touch time, # of steps, % of VA/VNA, # of hand-offs)

Metrics

Attributes

Picture

Change

Change

Change

4. Gap Analysis:

Key gaps being addressed with this VS improvement pass

Fishbone or 5-whys

Note: wherever possible, link actual documents/files to the A3 for easy updating and no additional need to submit extra documents as deliverables.

Sustain

5. Solution Approach:

If-Then statements regarding chosen solution ideas/path:
if we do this.... Then we expect this....

Sustain

6. Rapid Experiments:

List of RPIWs, projects, JDIs and JSIs that will be utilized to close gaps

grid showing connection/impact of RPIWs on VS metrics

charters for events (first 2-3 events if space constrained)

Sustain

7. Completion Plans:

Administrative/task list of items needed to execute the plan plus any additional infrastructure supporting activities with andons to track status/progress

8. Confirmed State:

Accomplishments

Metrics (3-month tracking) with andon

grid showing connection/impact of VS metrics on TPOC metrics

9. Insights:

Plusses/Deltas/Actions for improvement related to the VSA, event

Team picture

Analyse de la rentabilisation de la « qualité »

- La « qualité » (résultats optimaux pour les patients, sécurité et service) est un impératif moral
- La principale source de rendement financier (fournir des soins de haute qualité) provient de l'élimination des « déchets » de votre « système »
 - Inefficacité des processus
 - Surutilisation
 - Dommages évitables
- Qui en profite : les patients, les cliniciens, le personnel, la réputation de votre hôpital et « celui qui paie »

Évaluation du rôle et de la responsabilité du C. A. en matière de sécurité du patient et de la qualité

1. Les hôpitaux de haute qualité ont-ils de meilleures pratiques de gestion que les hôpitaux de mauvaise qualité ?
2. Y a-t-il une relation entre le rendement du conseil d'administration de l'hôpital et le rendement de la gestion ?
3. Certains types de pratiques du conseil sont-ils en corrélation avec des pratiques de gestion comparables ?

Rôle et responsabilité du C. A. dans la qualité

Que nous disent les données probantes ?

- Les hôpitaux qui accordent une grande attention à la qualité sont plus susceptibles
 - D'être des hôpitaux de haute qualité ($p < 0,01$) [43 % vs 14 %]
 - Une augmentation de la performance de gestion de la déviation standard était associée à une augmentation de 20 % au fait d'être un hôpital de haute qualité
 - Pour avoir un rendement du C. A. plus élevé ($p < 0,001$)
- Comment :
 - Attention à la qualité en considérant le temps passé (~ 25 %) par le C. A. à contrôler la qualité : suivi de l'utilisation efficace des paramètres approuvés par le C. A.
- Résultat : une gouvernance efficace du C. A. améliore la performance globale d'un hôpital — pas seulement la qualité !

Rôle du C. A. dans la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité

- La responsabilité ultime de la prestation de soins de haute qualité par votre hôpital (via la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité) incombe au conseil d'administration de l'hôpital.
- Avoir un sous-comité « Sécurité des patients et amélioration de la qualité » au niveau du C. A. est tout aussi important que d'avoir un sous-comité « Finances ».
- Un minimum de 25 % de chaque ordre du jour de conseil d'administration devrait être consacré au programme de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité de cet hôpital.

Mise en garde

- Les principes d'AQ sont des outils pour façonner votre environnement local....
Pas le travail réel pour apporter les changements nécessaires
 - objectifs : amélioration de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité des patients dans votre établissement
- À moins que CRA (de nombreux cycles PFEA) n'ait lieu, vous n'obtiendrez aucun « changement »
- Les principes « d'AQ » ne peuvent pas être mis en œuvre par mandat de la haute direction — ils proviennent plutôt d'équipes de première ligne
- Différents sites utilisant les mêmes principes « AQ » peuvent conduire à des processus différents à des endroits différents (liberté d'innover)

L'amélioration de la qualité est un voyage, pas une destination



Certains s'émerveillent des
montagnes devant eux,
d'autres les escaladent

Institut pour l'amélioration des soins de santé

École ouverte de l'IHI

[http://www.ihl.org/education/
ihioopenschool/overview/Pages/default.aspx](http://www.ihl.org/education/ihioopenschool/overview/Pages/default.aspx)