



**GUIDES D'INTRODUCTION SUR L'AMÉLIORATION DE LA
QUALITÉ**

Mesures de l'amélioration de la qualité

MARS 2024



**Santé
Ontario**

Table des matières

Remerciements	3
Aperçu des mesures	4
Mesure efficace de l'amélioration de la qualité	4
Stratégies pour réussir des mesures	6
Dresser un plan de mesure	6
Employer plus d'une mesure	6
<i>Planifier-faire-étudier-agir (PFEA)</i>	7
Indicateurs avancés et retardés	9
Choisir des mesures pour comprendre le système	9
Intégrer des mesures dans la routine	10
Rapporter les données chronologiquement	10
Présenter des mesures visuellement	11
Intégrer la mesure continue et la communication	11
Échantillonnage	12
L'échantillonnage : un exemple	12
<i>Méthode d'échantillonnage</i>	12
Mesures et graphiques de séquences	13
Quelle est l'utilité des graphiques de séquences?	13
Des graphiques de séquences pour mobiliser les dirigeants et le personnel	17
Analyser et comprendre les graphiques de séquences	18
Variation	18
<i>Signe 1 : Changement</i>	19
<i>Signe 2 : Tendance</i>	19
<i>Signe 3 : Valeur aberrante</i>	20
Références	22

Remerciements

Ce manuel est le résultat des efforts de Santé Ontario. Pour connaître les autres ressources, utilisez notre formulaire < [Pour Nous Joindre](#) > ou envoyez-nous un courriel à l'adresse Quorum@OntarioHealth.ca.

Il est possible de reproduire ces documents pour usage personnel à condition de mentionner la source appropriée.

La mention recommandée pour ce guide de référence est Santé Ontario (novembre 2023).

Santé Ontario est un organisme financé par le ministère de la Santé. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas le point de vue officiel du ministère

Aperçu des mesures

Les mesures, en amélioration de la qualité, permettent à l'équipe d'amélioration de la qualité (AQ) de mesurer le rendement actuel (le rendement de référence), de fixer des objectifs de rendement futur et de surveiller les effets des changements au fil de leur mise en œuvre. Une mesure réussie est le fondement d'une amélioration réussie. Comment savoir si un changement apporte une amélioration? C'est simple, il suffit de mesurer. La mesure n'a pas à être compliquée ni coûteuse en temps. Ce qui importe, c'est de choisir les bonnes mesures, c'est à-dire celles qui permettent à l'équipe d'amélioration de la qualité de connaître rapidement les résultats et de modeler son intervention en conséquence, afin d'employer moins de ressources et d'axer les efforts sur les résultats.

Des différents types de mesure, deux sont habituellement utilisés en santé, soit les mesures pour la recherche et les mesures pour l'amélioration. Traditionnellement, les fournisseurs de soins de santé sont formés pour comprendre la recherche. Cependant, les mesures pour la recherche sont très différentes de celles pour l'amélioration. Ces différences sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Mesures pour la recherche	Mesures pour l'apprentissage et l'amélioration des processus
Objectif	Découvrir de nouvelles connaissances	Intégrer les nouvelles connaissances dans la pratique quotidienne
Essais	Un grand essai « à l'aveugle »	De nombreux essais successifs et observables
Biais	Repérage du plus grand nombre de biais possibles	Stabilisation des biais d'un essai à l'autre
Données	Recueillir le plus de données possible, « au cas où »	Recueillir « juste assez » de données pour apprendre et compléter un autre cycle
Durée	Peut prendre du temps avant d'obtenir des résultats	Approche basée sur de petits essais des changements notables, dans le but d'accélérer le changement

Mesure efficace de l'amélioration de la qualité

Pour savoir si l'on a atteint un objectif, il faut d'abord savoir ce que « l'état amélioré » est censé être, et de mesurer pour établir si les changements que nous apportons se traduisent par les améliorations souhaitées. La meilleure méthode pour y arriver consiste à prendre la mesure d'éléments appelés indicateurs, mesures du rendement ou tout simplement mesures.

Vous pouvez commencer à recueillir des idées de changement et de mesures connexes en vous posant les questions suivantes :

- Quels sont les résultats actuels?
- Quels sont les résultats souhaités?
- Quels processus et quelles activités ont un effet sur les résultats?
- Quel est le rendement de ces processus?
- Sont ils stables et fiables?
- Quel serait l'effet d'un changement de processus sur les résultats?
- Quels seraient les effets de la modification d'un processus sur le reste du système?

La réponse à ces questions nécessite une compréhension globale du système ou de la façon dont les différents processus fonctionnent de concert pour aboutir aux résultats. En amélioration de la qualité, on parle de « familles de mesures » qui permettent de dresser un bilan du système qui va des résultats aux processus, puis des processus aux effets inattendus.

Stratégies pour réussir des mesures

Les stratégies présentées ci-dessous visent à aider l'équipe d'amélioration à intégrer ces directives sur les mesures aux projets d'amélioration actuellement en cours au sein de votre organisation.

1. Nom de la mesure
2. Type de mesure (résultat, processus ou de pondération, voir ci-dessous)
3. Pourquoi la mesure est-elle nécessaire au projet?
4. Définition opérationnelle
5. Méthode de collecte de données et d'échantillonnage
6. Comment les données seront-elles présentées?
7. Des données de référence sont-elles disponibles?
8. Y a-t-il un but ou un objectif?
9. Source

Dresser un plan de mesure

Qu'est-ce qui doit être mesuré, à quelle fréquence, qui sera responsable de la mesure, comment les mesures seront-elles communiquées au reste de l'équipe, qui mènera l'initiative et comment celle-ci sera-t-elle organisée, voilà autant de questions importantes qui nécessitent une réponse. Réexaminez le plan régulièrement avec l'équipe afin de veiller à son efficacité et à ce que tous comprennent bien ce que l'équipe tente d'accomplir en mesurant les progrès. Assurez-vous également que les données recueillies et les analyses sont communiquées à tous les intervenants. Il est difficile de mobiliser les employés si on ne leur transmet pas l'information pertinente en temps opportun.

Exemples de mesures de résultats :

Diabète : niveau moyen d'hémoglobine A1c chez les patients atteints de diabète.

Accès : Nombre de jours avant la troisième possibilité de rendez-vous.

Soins intensifs : Pourcentage non ajusté de mortalité à l'unité des soins intensifs.

Systèmes d'administration de médicaments : Nombre d'événements indésirables médicamenteux par 1 000 doses administrées.

Employer plus d'une mesure

Prenez connaissance de chaque catégorie présentée ci-dessous. Recueillez et rapportez les mesures des données sur un graphique pour créer une famille de mesures. Vous obtiendrez ainsi une image précise des effets des changements mis à l'essai par votre équipe d'amélioration de la qualité.

Les mesures des résultats représentent la « voix du patient ou du client » et décrivent le rendement du système. Elles répondent à la question « Quels sont les résultats finaux de notre travail d'AQ »? ¹

Les mesures du processus représentent la « voix des rouages du système ». Autrement dit, les mesures de processus permettent d'établir si les activités d'amélioration de la qualité ont les effets souhaités sur le système. Lorsque vous réalisez des mesures de processus, il est important de vous concentrer sur les processus qui contribuent directement au résultat souhaité ².

La mesure du taux de conformité à une meilleure pratique qui prévient un résultat négatif pour les patients, par exemple de la conformité au groupe de meilleures pratiques destinées à prévenir la pneumonie sous ventilation assistée, constitue un bon exemple de lien entre la mesure d'un processus et un résultat.

Les mesures de pondération déterminent si les changements visant d'autres parties du système. Par exemple, est-ce que ce changement pour l'AQ accroît la satisfaction du personnel, mais diminue celle du client?

Les mesures PFEA sont recueillies pendant chaque test du changement (PFEA) réalisé. Ces mesures fournissent de l'information sur les effets de chaque tentative de changement.

Exemples de mesures de processus :

Diabète : Pourcentage de patients dont le niveau d'hémoglobine A1c a été mesuré chaque trimestre de l'année précédente.

Accès : Nombre moyen d'heures de clinicien disponibles pour les rendez-vous.

Soins intensifs : Pourcentage de patients pour qui un indice LACE a été calculé. L'indice LACE se base sur la durée du séjour, le caractère aigu de la maladie à l'admission, le score de comorbidité Charlson et le nombre de visites aux urgences précédant l'hospitalisation.

Planifier-faire-étudier-agir (PFEA)

Étape 1: PLANIFIER (qui, quoi, où, quand et pourquoi?)

- Énoncez l'objet des cycles PFEA (élaborez-vous une idée de changement, testez-vous ou mettez-vous en oeuvre un changement?)
- Quelle est votre idée de changement?
- Quels indicateurs de réussite évaluerez-vous?
- Comment recueillerez-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 croyez-vous qu'il se produira?

Étape 2: DO

- Effectuez l'essai.
- Consignez les résultats, les mesures, les difficultés et les conséquences inattendues.

Étape 3: ÉTUDIER

- Analysez les données et étudiez les résultats.
- Comparez les données aux prévisions.
- Résumez ce que vous avez appris et réfléchissez-y.

Étape 4: AGIR

- Peaufinez l'idée de changement en tenant compte des leçons tirées de l'essai.
- Dressez un plan pour l'essai suivant. Selon les résultats, l'idée peut être adoptée, adaptée ou abandonnée.

Indicateurs avancés et retardés

Les indicateurs avancés et retardés offrent d'autres façons de connaître le rendement d'un système et d'établir les cibles des mesures d'amélioration de la qualité.

L'indicateur avancé fournit de l'information sur le rendement d'un système avant que des changements soient apportés et mesurés. L'indicateur retardé, quant à lui, fournit tout simplement de l'information sur le rendement d'un système. En amélioration de la qualité, on utilise généralement des indicateurs avancés pour mesurer les processus, et des indicateurs retardés pour mesurer les résultats. Si le rendement d'un processus mesuré décline, il est probable que le rendement du résultat connexe mesuré est également en déclin ³.

Par exemple, l'évaluation du risque de chute (processus) des patients qui bénéficient de soins de longue durée permet généralement de prévenir les chutes (résultat), puisque l'évaluation mène la prise de mesures. Si l'équipe d'amélioration de la qualité s'est concentrée sur le taux de réalisation de ces évaluations et découvre que le taux est en baisse, elle sera en présence d'un indicateur assez fiable d'augmentation du taux de chutes. La mesure et la surveillance constantes des processus de mesure peuvent aider l'équipe à comprendre les raisons d'un recul dans les résultats et à éviter les résultats négatifs avant qu'ils ne surviennent.

Choisir des mesures pour comprendre le système

Les données brutes sont difficilement comparables. Les statistiques permettent d'organiser et de résumer l'information recueillie. Les statistiques sommaires de base qui sont probablement utilisées pour vos activités d'amélioration de la qualité sont les suivantes :

Dénombrement : La mesure d'un nombre d'éléments ou d'observations.

Exemple : Le nombre de personnes qui répondent à un sondage.

Somme : Résultat de l'addition d'un nombre d'éléments ou d'observations.

Exemple : 20 personnes sondées sur 100 affirment que la communication avec leur fournisseur de services de santé est inadéquate.

Ratio : Fraction qui compare deux groupes.

Exemple : Le ratio femmes-hommes dans une étude.

Taux : Un ratio qui compare une quantité à une autre unité.

Exemple : Le taux d'infection par 1 000 patients.

Les taux, les ratios et les pourcentages facilitent la normalisation des données, car ils permettent de les exprimer d'une manière éloquente et de les comparer à d'autres données. Les ratios et les taux peuvent s'exprimer en pourcentage. La façon de présenter les données dépend de leur nature et de leur usage prévu.

Les ratios (pourcentages) peuvent servir à pondérer les effets des changements naturels dans votre système, comme les variations de volume. Le numérateur est la mesure clé (p. ex. un coût, un nombre de patients en attente) et le dénominateur est l'unité de production ou de volume (p. ex. le total des coûts, le nombre total de patients en attente). Par exemple, si le nombre de patients qui attendent plus d'une heure augmente fortement, une conclusion pourrait s'imposer à vous. Toutefois, si vous savez que le nombre total de patients a aussi augmenté (ce que vous montrera le ratio), vous tirerez probablement une autre conclusion, plus exacte celle-là.

Parfois, le dénominateur est si important qu'un changement est imperceptible. Par exemple, le taux de pneumonie sous ventilation assistée (PVA) d'un hôpital était de 0,13 % une année, puis de 0,26 % l'année suivante. Le taux de pneumonie est donc inférieur à 1 % des patients traités, et s'il a augmenté, ce n'est que très légèrement. Pour avoir une vision plus précise de votre système, ayez recours aux nombres entiers; ils fournissent plus d'information sur ce qui se passe au quotidien, sans l'effet « diluant » des ratios. Ils sont aussi plus proches de l'expérience de vos clients. Combien de clients vivent « X »? Si l'on revient à l'exemple des PVA, deux personnes en ont souffert la première année, et quatre l'année suivante. Comme les PVA sont presque toujours évitables, deux personnes de plus qui contractent une infection nosocomiale alors qu'ils souffrent déjà d'une maladie grave est un problème sérieux. Bien qu'il soit utile de comprendre une augmentation de volume (comme dans l'exemple ci-dessus des patients en attente), il est essentiel de comprendre l'expérience de chaque patient lorsqu'on met en place des mesures d'amélioration.

Intégrer des mesures dans la routine

Pour voir si des changements apportent des améliorations, il est préférable de recueillir « juste assez » de données. Lorsque les mesures sont faites en analysant les dossiers des patients, des clients ou des résidents, par exemple, décidez à l'avance du nombre de dossiers à analyser pour obtenir une vision assez exacte du système, et continuez d'analyser ce nombre de dossiers par la suite. Créez des graphiques et présentez vos mesures assez souvent pour que votre équipe puisse en prendre connaissance en temps opportun, aussi bien pour maintenir l'élan que pour voir si le changement entraîne des effets indésirables. Les graphiques mensuels conviennent souvent davantage aux mesures de résultats à grande échelle, alors que les graphiques hebdomadaires sont préférables dans le cas des mesures de processus, plus modestes et plus variables. Veillez à ce qu'assez de temps soit alloué aux membres de votre équipe pour étudier les résultats et planifier les prochaines étapes.

Essayez d'intégrer la collecte de données à la routine quotidienne plutôt que d'en faire une activité distincte. Ainsi, vous pourrez non seulement veiller à ce que les données soient disponibles en temps opportun, mais aussi à réduire le stress connexe en faisant de la prise des mesures une activité simple à réaliser. Élaborez des formulaires de collecte de données qui ne contiennent pas d'information superflue et qui sont faciles à remplir. Lorsque vous intégrez la prise de mesures aux tâches d'un membre de l'équipe, veillez aussi à établir un plan de contingence afin d'assurer la collecte en cas d'absence de la personne.

Rapporter les données chronologiquement

Bien qu'il soit plus courant de suivre une méthode de collecte et de présentation préalables et subséquentes (c. à-d. de recueillir des données avant et après un changement à un système ou à un processus), la présentation des données dans des graphiques à barres est peu utile dans le contexte

de mesures d'amélioration, étant donné que ce type de graphique ne répond pas à la question « Quels sont les effets du changement? » Les statistiques sommaires peuvent diluer l'information sur les aberrances et les tendances. Dans les initiatives d'amélioration, le changement n'est pas définitif, on l'adapte au fil du temps.

La meilleure façon de présenter les données est d'utiliser des graphiques de séquences et des graphiques de contrôle statistique, c'est à dire des représentations graphiques d'une mesure à différents moments d'une période (parfois de plusieurs mois). Les graphiques sur lesquels sont notés les changements et les événements pertinents fournissent encore plus d'information et peuvent vous aider à faire des liens plus exacts entre les interventions ou les événements et les résultats.

Lorsque vous mesurez les effets ou les incidents extrêmes, mais épisodiques (p. ex. une flambée de maladie), la mesure du temps écoulé entre les épisodes constitue une information utile de plus.

Présenter des mesures visuellement

Les présentations visuelles sont des outils de communication, de motivation, de contrôle et de validation relativement au travail accompli. Elles n'ont pas besoin d'être parfaites, seulement utiles. D'ailleurs, n'attendez pas que les systèmes d'information soient prêts avant de lancer votre initiative. Commencez avec des méthodes simples de collecte de données, sur papier par exemple. La présentation visuelle claire des données orientera l'équipe d'amélioration dans la bonne direction.

Intégrer la mesure continue et la communication

En établissant un système de mesure continue et de communication normalisée des résultats, on renforce l'idée que le changement est essentiel pour l'organisation. Par la collecte et la diffusion des données, l'équipe d'amélioration de la qualité a de bonnes chances de recevoir le soutien de l'organisation entière.

Échantillonnage

Lorsqu'elles doivent recueillir des données de mesure dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité, les équipes se demandent souvent quelle quantité de données est suffisante. Est-il nécessaire d'examiner chaque dossier de patient pour en extraire des données? Est-il nécessaire de mesurer tous les éléments liés au résultat? La réponse courte est que la quantité de données adéquate est celle qui permet de comprendre le système. Chaque système est différent, et si l'un nécessite l'examen de cinq dossiers alors qu'ailleurs dix sont nécessaires, il est important de ne pas surcharger l'équipe d'amélioration, car cela pourrait l'empêcher de recueillir les mesures. Il est toutefois essentiel de se demander si les mesures prises fournissent assez d'information pour connaître le rendement du système et comprendre les effets des changements prévus sur celui-ci. Une fois la quantité établie, il est nécessaire de déterminer la fréquence de la collecte, en tenant compte de la disponibilité de l'information et des membres qui doivent procéder aux mesures.

L'échantillonnage : un exemple

Voici comment une équipe a utilisé l'échantillonnage pour mesurer le temps de transfert entre les urgences et la chambre des malades hospitalisés. Le transfert rapide des urgences, une fois prise la décision d'admettre un patient, est crucial à l'ensemble du système de soins de première urgence.

Méthode d'échantillonnage

L'équipe a effectué 6 collectes hebdomadaires de données portant sur 25 patients chacune. L'échantillonnage a suivi plusieurs formules relativement aux patients, en l'occurrence :

- 5 patients consécutifs par jour, 5 jours par semaine, et au moins un jour d'échantillonnage est un jour de fin de semaine; ou
- 25 patients consécutifs, sans égard au jour, bien que certaines admissions doivent avoir eu lieu la fin de semaine; ou
- S'il y a moins de 25 admissions pendant une semaine, le total des admissions de la semaine doit être précisé dans l'échantillon.

Le temps écoulé entre la décision d'admettre et l'arrivée du patient à sa chambre d'hôpital a été mesuré. La destination ne pouvait pas être une aire d'attente, mais bien seulement une vraie chambre d'hôpital. La collecte de l'échantillon a été faite en temps réel. Un processus de collecte de données a donc dû être créé par les membres de l'équipe concernés. La collecte devait être effectuée chaque semaine, et les données résumées en un pourcentage de patients de l'échantillon pour lesquels l'objectif avait été atteint. Des données ont été recueillies pendant six semaines et six points de données ont été inscrits sur un graphique de séquences.

Mesures et graphiques de séquences

Quelle est l'utilité des graphiques de séquences?

Les données peuvent être présentées de multiples façons pour dresser le portrait d'un projet ou d'une amélioration. Que vous choisissiez des histogrammes, des diagrammes circulaires ou des graphiques de séquences, le but est le même : mieux comprendre le sujet et mobiliser les destinataires, qu'il s'agisse de dirigeants, d'employés ou de clients. Certaines représentations graphiques peuvent cependant être trompeuses.

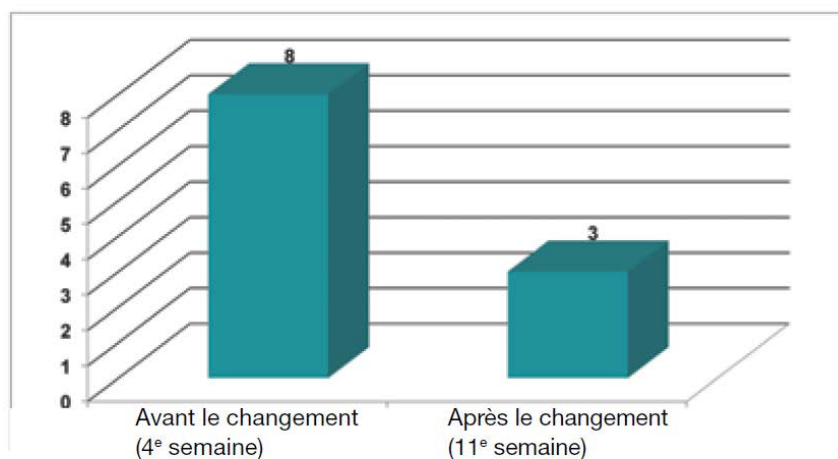
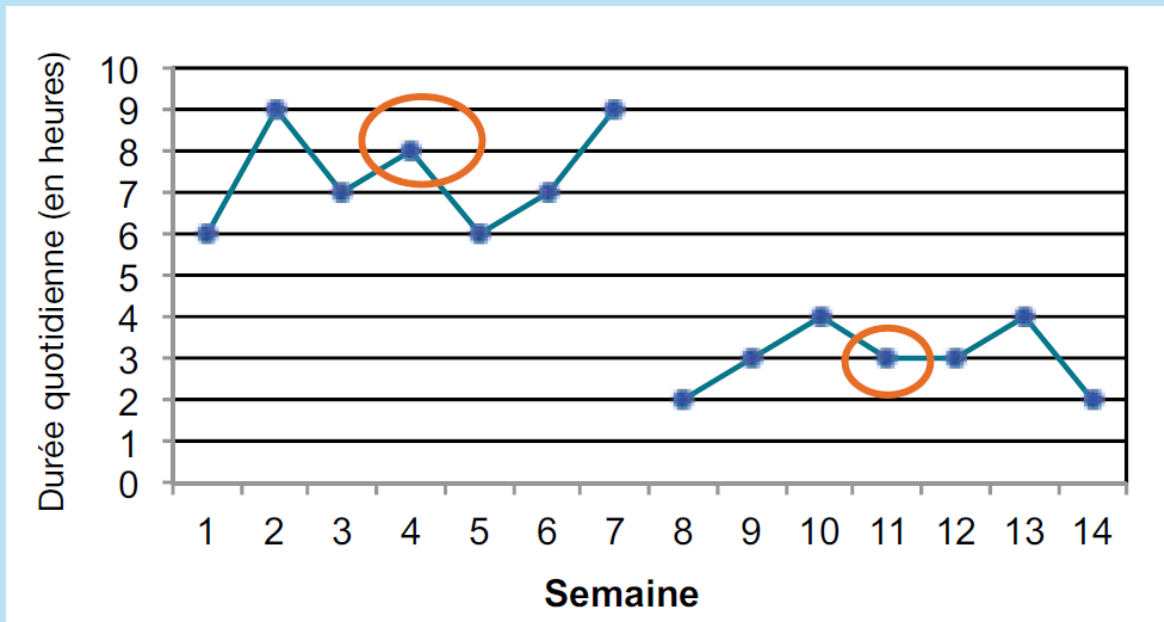


Figure 1

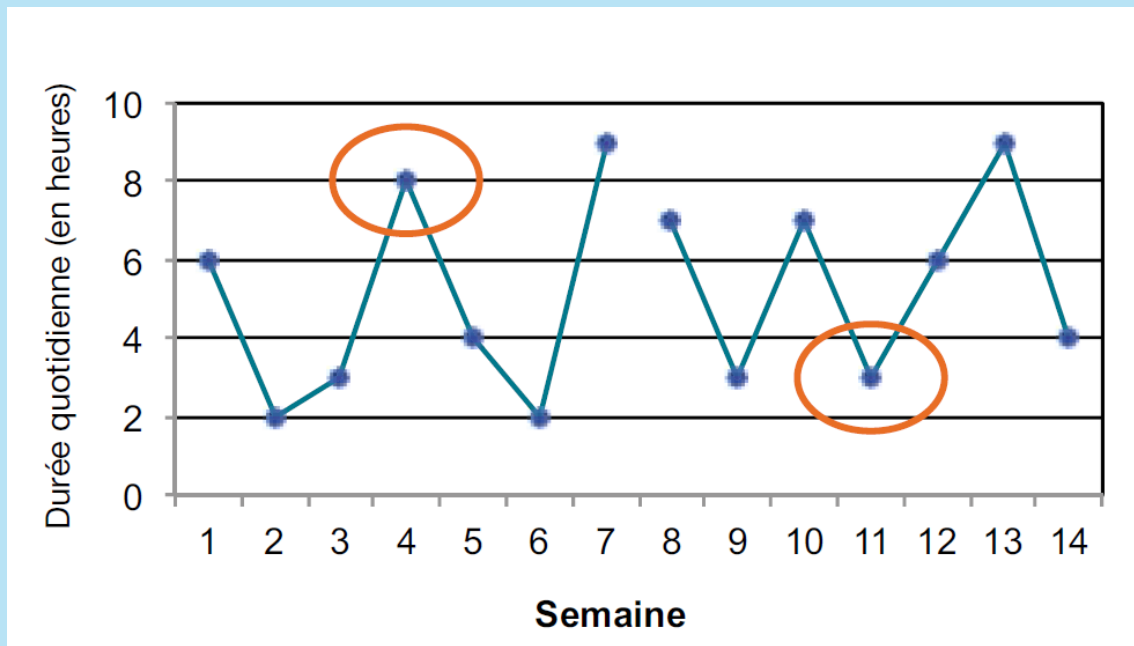
La figure 1 offre un exemple de travail effectué par une équipe d'amélioration de la qualité formée pour répondre aux plaintes du personnel concernant les retards dans le traitement des résultats de tests. Le graphique montre le temps (en heures) qu'il fallait pour que les tests soient réalisés et les résultats transmis au personnel. Il montre les résultats obtenus à la 4^e semaine et à la 11^e semaine. À la 4^e semaine (c. à-d. environ quatre semaines après la formation de l'équipe), des données ont été recueillies en vue de confirmer ou d'infirmer les plaintes. Les données montrent un temps de traitement de huit heures, ce qui est inacceptable quelles que soient les circonstances. À la 7^e semaine, après avoir développé une solution, l'équipe a procédé à l'essai d'un changement. Prenant de nouvelles mesures à la 11^e semaine, les membres ont constaté que le temps de traitement avait chuté à trois heures. La réduction de cette période de huit à trois heures est importante et représente une amélioration de 62,5 %.

Quatre scénarios présentés ci-dessous pourraient s'appliquer au graphique « avant et après » de la figure 1. Dans chaque cas, un graphique de séquences du temps de traitement à chacune des 14 semaines est présenté. Les résultats de la 4^e semaine (temps de traitement de 8 heures) et de la 11^e semaine (temps de traitement de 3 heures) sont les mêmes pour chaque scénario ⁴.

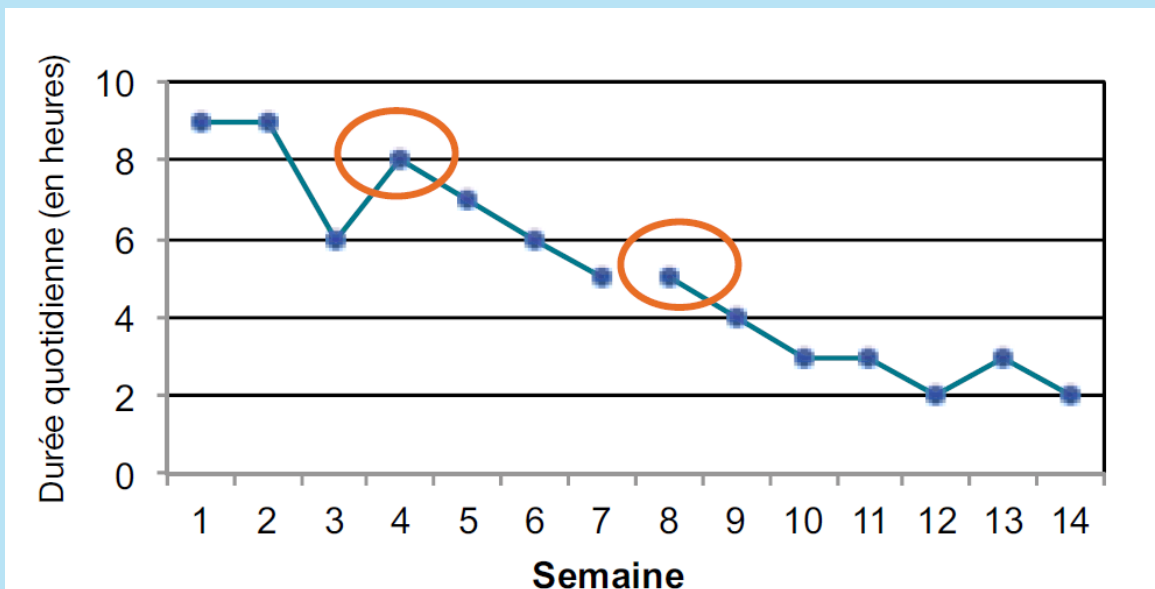
Scénario 1 – Le graphique présente 14 semaines de données, soit 7 semaines avant et 7 semaines après le changement. D'après ce graphique, le changement s'est traduit par une amélioration considérable et que le processus devrait être normalisé.



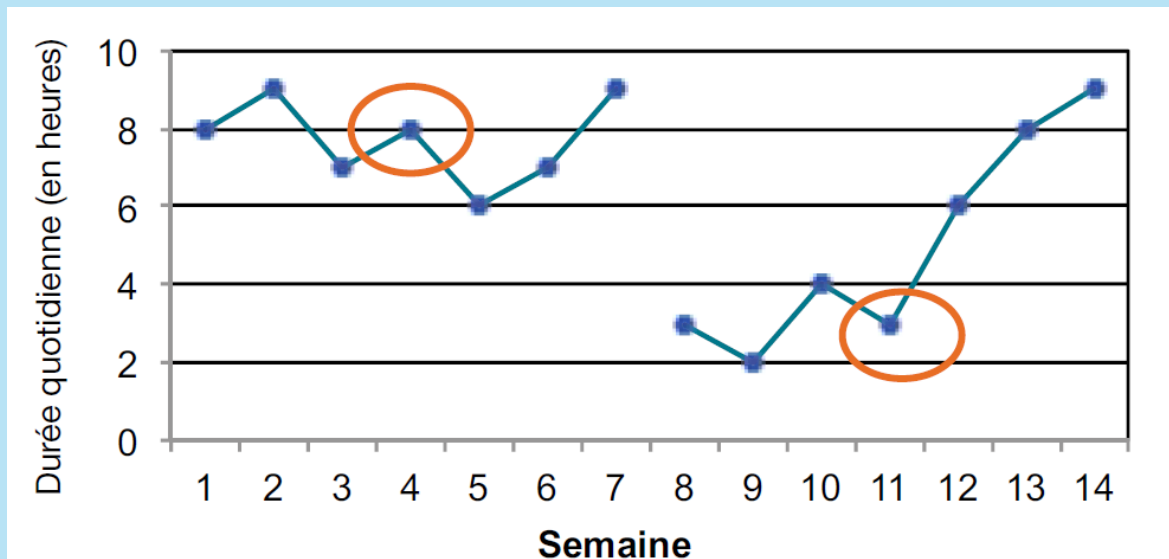
Scénario 2 – Le graphique ne montre aucune amélioration après la mise en œuvre du changement. Les mesures prises pendant la période d'essai montrent que le rendement du processus varie de semaine en semaine. On peut donc en conclure que le changement n'a pas eu d'effet tangible sur le temps de traitement.



Scénario 3 – Le graphique montre une amélioration graduelle au fil des 14 semaines. Toutefois, le rythme de l'amélioration n'a pas changé après l'introduction du changement à la 7e semaine. Ainsi, bien que le temps de traitement ait certainement diminué, rien ne prouve que le changement apporté ait contribué à l'amélioration progressive du processus.



Scénario 4 – Le graphique montre une amélioration initiale suivant le changement, mais au cours des trois dernières semaines le temps de traitement revient à ce qu’il était avant le changement. Cela peut être dû à l’effet Hawthorne, suivant lequel une amélioration initiale résulte de l’attention particulière portée à une mesure, cette amélioration disparaissant lorsque l’attention portée au changement diminue, ce qui, ici, entraîne un retour aux temps de traitement d’avant le changement. Les changements apportés ne se sont donc pas traduits par une amélioration durable. La grande question est donc de savoir si, avec seulement deux mesures, on peut être assuré que le processus à l’origine du second résultat n’est pas le même que celui à l’origine du premier.



Le graphique de séquences peut servir à présenter n’importe quelle mesure à différents moments. Il est aussi très facile à faire : une feuille et un crayon suffisent. Sa simplicité en fait un outil puissant et l’un des plus utiles pour comprendre et communiquer la variation. Voici quelques raisons de représenter vos mesures sur un graphique de séquences :

1. Les graphiques de séquences peuvent vous aider à comprendre la base de référence du rendement et à déterminer des occasions d’amélioration.
2. Ils peuvent vous aider à déterminer si un changement est une amélioration.
3. Une fois que vous avez apporté une amélioration, vous pouvez vous servir du graphique de séquences pour déterminer si vous maintenez les gains.
4. Un graphique de séquences permet d’observer toutes sortes de mesures au fil du temps, comme les coûts, la durée des séjours, les dénombrements ou les pourcentages.

Des graphiques de séquences pour mobiliser les dirigeants et le personnel

Les graphiques de séquences sont également de puissants outils de mobilisation des dirigeants et du personnel. Sans vision claire des résultats, il est difficile de susciter un réel désir de changement ou d'action relativement à un problème. Bien souvent, les employés sont très étonnés de ce qu'ils apprennent lorsque le rendement de l'organisation sur une période leur est présenté d'une certaine façon, ce qui peut entraîner un mouvement de soutien au changement. De plus, il est difficile pour les dirigeants de justifier l'investissement de temps et de ressources dans une initiative sans comprendre d'abord le rendement actuel du système ni être en mesure de présenter l'information à un conseil ou à une équipe de gestion. La présentation d'une situation relative à la qualité au moyen de graphiques de séquences permet aussi bien de veiller à ce que tout le monde soit sur la même longueur d'onde que d'ouvrir la voie au changement.

Analyser et comprendre les graphiques de séquences

Variation

Une stratégie importante de l'amélioration de la qualité est le contrôle de la variation. Il existe deux types de variation, la variation à cause commune et la variation à cause spéciale ⁵.

Se rendre au travail en voiture comporte un type de variation que nous sommes nombreux à connaître. Par exemple, votre trajet quotidien peut prendre de 45 à 60 minutes. Il comporte une variation de 15 minutes due à la fluctuation de la circulation, ou à la nécessité de s'arrêter à un certain nombre de feux. Il s'agit d'une variation à cause commune. Une variation à cause spéciale peut, par exemple, être le fait d'une tempête de neige qui porte le temps du trajet à 120 minutes.

La variation à cause commune est inhérente à un système (processus ou produit) sur une période. Elle touche tous ceux qui en font partie et tous les résultats qui en découlent. Un système qui ne comporte que des variations à cause commune est considéré comme stable, c'est à-dire que le processus est prévisible suivant des limites statistiques établies. Les différences sont dues au hasard plutôt qu'à des influences prévisibles sur le système. Une variation à cause commune n'est pas nécessairement une bonne variation. Elle fait simplement partie d'un système stable et prévisible. Par exemple, si la tension artérielle systolique d'un patient est habituellement d'environ 165 mmHg et qu'elle varie actuellement de 160 à 170 mmHg, on peut considérer que sa tension est stable et prévisible, mais elle demeure absolument inacceptable.

Une variation à cause spéciale ne fait pas habituellement partie du système (processus ou produit). Elle ne touche pas tout le monde et découle de circonstances particulières qui ne sont pas nécessairement prévisibles. L'effet d'une flambée de grippe sur les taux d'infection et les répercussions à long terme d'une activité d'amélioration ciblée visant à accroître la conformité aux règles d'hygiène des mains sont deux exemples de variation à cause spéciale ⁶.

De la même façon qu'une variation à cause commune n'est pas nécessairement bonne, une variation à cause spéciale n'est pas nécessairement mauvaise. Une cause spéciale peut être associée à un très bon résultat (p. ex. un faible temps de traitement) qu'il est souhaitable de répéter. La variation à cause spéciale indique simplement que le processus est instable et imprévisible ⁷.

Un système qui comporte des variations à cause commune et à cause spéciale est tenu pour instable. Même si la variation n'est pas importante, la fluctuation d'une période à l'autre demeure imprévisible. La compréhension de la différence entre la variation à cause commune et la variation à cause spéciale est essentielle au développement de stratégies d'amélioration efficaces. Lorsque vous prenez connaissance de causes spéciales ayant des répercussions sur une mesure de processus ou de résultat, il est approprié, et généralement économique, de les définir, de les étudier et de prendre les mesures qui s'imposent. Souvent, la mesure à prendre sera d'éliminer la cause spéciale et de réduire

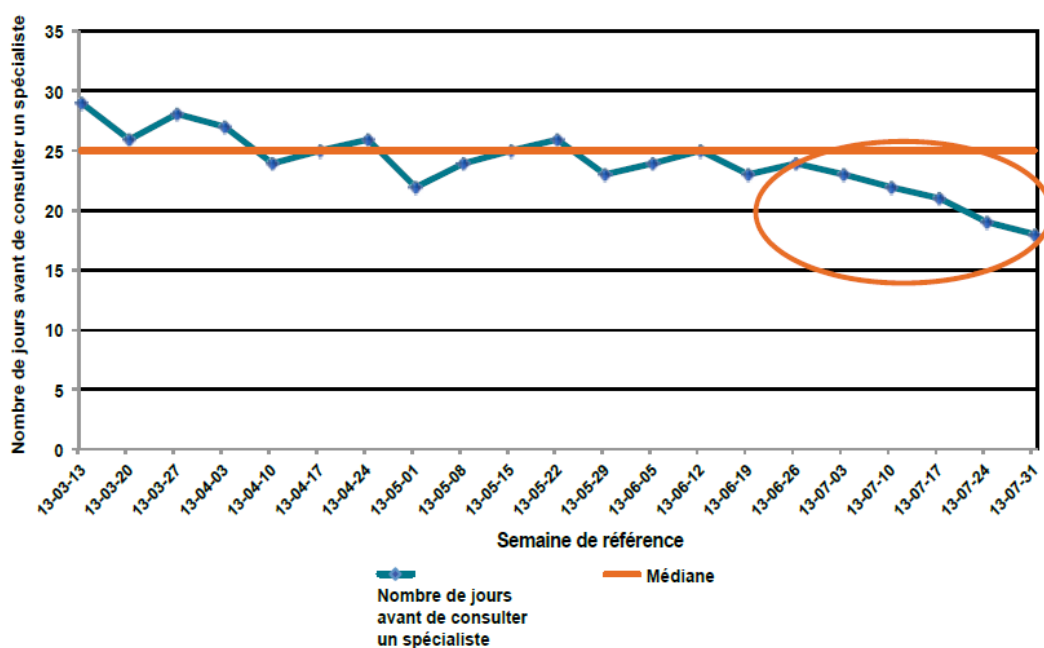
la possibilité qu'elle ne réapparaisse. Dans d'autres circonstances, la cause spéciale peut entraîner un résultat favorable et il sera souhaitable de l'intégrer de façon permanente au processus.

Selon les auteurs de *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, les données, pour être utiles, doivent être présentées dans des graphiques temporels, parce que la variation est normale et continue. Ce n'est qu'en observant les données sur une période assez longue – aussi bien avant qu'après la mise en œuvre du changement – que vous serez en mesure de juger si une variation est due au hasard ou si elle fait partie d'une tendance montrant qu'un changement réel s'est produit.

Il existe trois signes de changement non aléatoire ou à cause spéciale que vous devez chercher dans un graphique de séquences. En l'absence de l'un ou l'autre de ces signes, la variation présente dans vos données est à cause commune. Si vous détectez au moins un de ces signes, une analyse et une interprétation plus poussées devraient être effectuées par l'équipe afin de comprendre les causes du changement ou les facteurs qui l'influencent. Gardez à l'esprit que les variations à cause commune ne sont pas toutes bonnes, et que les variations à cause spéciale ne sont pas toutes mauvaises.

Signe 1 : Changement

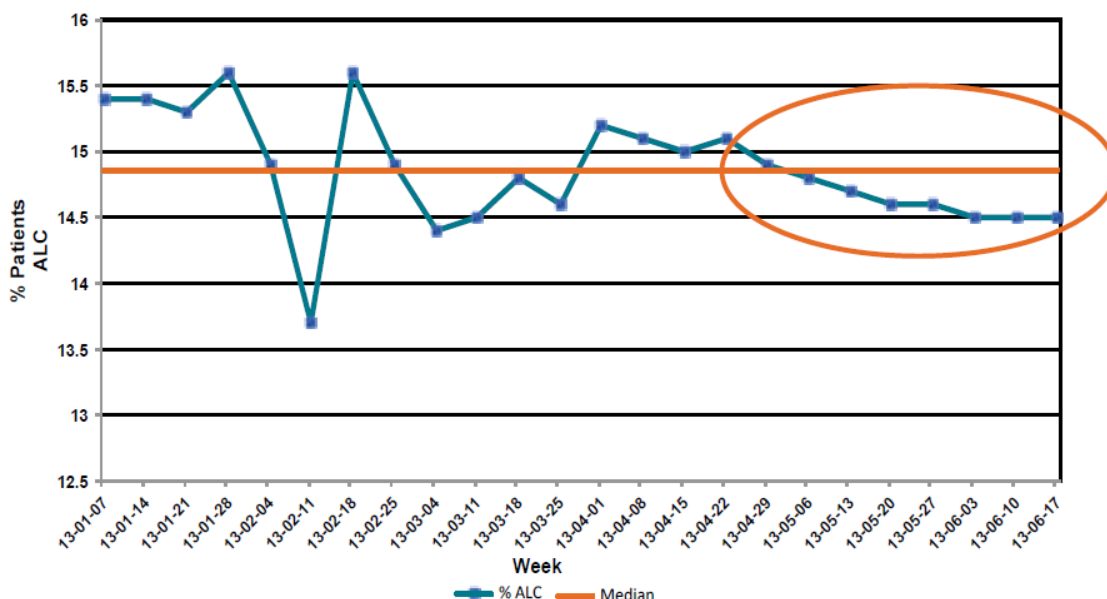
Un changement se distingue par au moins six points consécutifs au-dessus ou au-dessous de la médiane. Les valeurs qui correspondent à la médiane ne sont pas prises en compte pour établir la présence ou l'absence de changement.



Signe 2 : Tendance

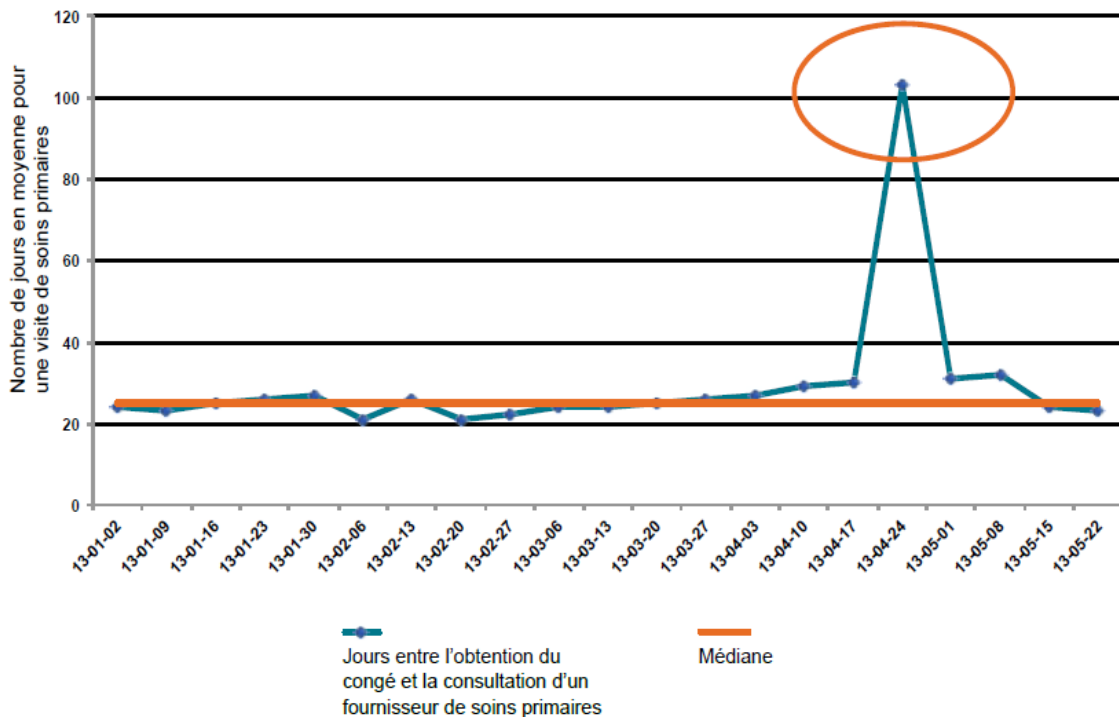
Une tendance se distingue par au moins cinq points consécutifs en hausse ou en baisse, à l'exclusion du point de départ. Lorsque deux points consécutifs ou plus ont la même valeur, on ne compte qu'un seul de ceux-ci. En amélioration de la qualité, il y a présence ou absence de tendance, mais pas

d'entre-deux. C'est pourquoi on ne parlera jamais de tendance si les critères énoncés ci-dessus ne sont pas respectés.



Signe 3 : Valeur aberrante

Une valeur aberrante est visiblement différente. Quiconque examine le graphique remarquera son étrangeté. Chaque ensemble de données comprend un point supérieur et un point inférieur, mais ceux-ci ne correspondent pas nécessairement à un point « aberrant ». Il est important de comprendre l'origine de la valeur aberrante, mais pas nécessairement de prendre des mesures à son égard. Comprendre les causes de l'apparition d'une telle valeur peut aider l'équipe à reproduire le résultat, s'il est positif, ou à l'éviter, s'il est négatif.



Au fur et à mesure que les causes spéciales sont repérées et éliminées ou exploitées, le processus se stabilise. Deming relève plusieurs avantages du processus stable :

- le processus est reconnaissable et son rendement est prévisible;
- les coûts et la qualité sont prévisibles;
- la productivité est maximale et les coûts minimaux dans le cadre du système.

Les effets des changements dans le processus peuvent aussi être mesurés plus rapidement, et ces mesures sont plus fiables.

- L'essai des changements par la méthode PFEA et d'autres expériences plus complexes peuvent être des moyens efficaces pour reconnaître les changements qui apportent des améliorations.
- Un processus stable constitue un solide argument en faveur de la modification de spécifications lorsque celle-ci ne peut se faire de façon économique.

Références

1. IHI. Science of Improvement: Establishing Measures, <http://www.ihi.org/knowledge/Pages/HowtoImprove/ScienceofImprovementEstablishingMeasures.aspx>, 2011 (en anglais seulement).
2. Ibid.
3. R.S. KAPLAN et NORTON, P. Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action,
4. L.P. PROVOST et MURRAY, S. The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement, Jossey-Bass, San Francisco, 2011, p. 10 à 12.
5. Ibid., p. 40-41.
6. Ibid.
7. Ibid.
8. W.E. DEMING. Out of the Crisis, MIT Press, Cambridge, 1986, p. 340.

Vous voulez obtenir cette information dans un format accessible?
1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@OntarioHealth.ca