



GUIDE D'INTRODUCTION SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Guide de la science de l'amélioration de la qualité

MISE À JOUR : AVRIL 2024



Santé
Ontario

Table des matières

Amélioration de la qualité et science de l'amélioration dans le domaine des soins de santé.....	3
Domaines de qualité	3
Cadre de qualité.....	4
Quintuple objectif.....	5
Étapes de l'amélioration de la qualité	6
Planifier le changement	6
Mettre en œuvre le changement.....	11
Maintenir le changement.....	13
La science de l'amélioration : Théories et méthodologie	15
Le système de la connaissance approfondie de Deming	15
Modèle d'amélioration	15
Lean.....	18
Bibliographie recommandée	20
Annexe 1 : Domaines de qualité	21
Signification pour le patient	21
Signification pour le système de santé	21
Références	22

Amélioration de la qualité et science de l'amélioration dans le domaine des soins de santé

L'amélioration de la qualité (AQ) est une approche systématique et formelle de l'analyse de la performance et des efforts déployés pour améliorer cette dernière. Dans le domaine des soins de santé, l'AQ est un moyen éprouvé et efficace d'améliorer les soins prodigués aux patients, aux résidents et aux clients, et d'améliorer les pratiques du personnel. On définit la science de l'amélioration comme étant « une science appliquée qui met l'accent sur des cycles de tests rapides sur le terrain et sur la diffusion afin de tirer des enseignements au sujet des changements qui produisent des améliorations dans tel ou tel contexte. »¹ Cette science s'appuie sur des connaissances multidisciplinaires, diverses théories relatives aux systèmes, des méthodes d'amélioration et des outils.

L'AQ dans le domaine des soins de santé a pris de l'ampleur en Amérique du Nord après la publication, en 2000, du rapport intitulé *To Err Is Human: Building a Safer Health System* de l'Institute of Medicine.² Selon ce rapport, de 44 000 à 98 000 Américains meurent chaque année des suites d'erreurs médicales; le rapport lance un appel à un effort national pour rendre les soins de santé plus sûrs, suscitant un intérêt accru pour les activités d'AQ dans le domaine de la santé. En Ontario, la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*,³ promulguée par le gouvernement provincial en 2010, a renforcé les objectifs organisationnels du système de santé et accru sa responsabilité dans la prestation de soins de haute qualité aux patients. La Loi exige notamment que chaque hôpital de l'Ontario intègre l'AQ dans sa structure et ses processus.

Domaines de qualité

L'Institute of Medicine a recensé six domaines essentiels à la qualité des soins de santé : équitable, efficace, axé sur le patient, judicieux, opportun et sûr.⁴ Santé Ontario a adopté les travaux précédents présentés dans le rapport *La qualité ça compte : Réaliser l'excellence des soins pour tous* de Qualité des services de santé Ontario.⁵ Ce rapport reprend les six domaines pour définir une « vision de la qualité » pour le système de santé : « Le système de soins de santé de l'Ontario est l'un des meilleurs au monde en ce qu'il produit des résultats inégalés au chapitre des six dimensions de la qualité. Il est équitable, tient compte des patients et des familles et a une détermination sans faille en faveur de l'amélioration. » Les domaines de qualité constituent un moyen systématique, mais ciblé d'impliquer les cliniciens, les administrateurs et les patients dans notre système de soins de santé.

Domaines de qualité

Équitable	Efficace	Axé sur le patient	Judicieux	Opportun	Sûr
					
Signification pour le patient Peu importe qui je suis ou où je vis, je peux accéder à des services qui me profitent. Je suis traité équitablement par le système de santé.	Signification pour le patient Je reçois un traitement adapté à ma situation et cela contribue à l'amélioration de ma santé.	Signification pour le patient Mes objectifs et mes préférences sont respectés. Ma famille et moi-même sommes traités avec respect et dignité.	Signification pour le patient Les soins que je reçois de tous les praticiens sont bien coordonnés et les efforts ne sont pas dupliqués. La valeur de mon temps est respectée.	Signification pour le patient Je suis informé des délais d'attente pour consulter un médecin et des raisons de ces délais. Je suis convaincu que ce temps d'attente ne me fait pas courir de risque.	Signification pour le patient Je ne serai pas exposé à des préjudices de la part du système de santé (physiques, émotionnels ou autres).
Signification pour le système de santé Chaque patient reçoit des soins de haute qualité qui lui sont justes et appropriés, quels que soient son lieu de résidence, son affection ou son identité.	Signification pour le système de santé Le système de santé dispense des soins fondés sur les meilleures preuves disponibles et produit le résultat souhaité.	Signification pour le système de santé Le système favorise l'autonomie du patient dans la prise de décision concernant les choix de soins.	Signification pour le système de santé Le système de santé évite les pertes de temps et consacre ses efforts à des soins rationalisés et coordonnés pour les patients.	Signification pour le système de santé Les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dans un délai d'attente acceptable une fois le besoin identifié.	Signification pour le système de santé Des politiques, des processus et des procédures sont en place pour assurer la sécurité de chaque patient.

Source : Santé Ontario Nord-Est et Nord-Ouest, *Cadre de qualité intégré – Notre étoile du Nord*.⁶ Utilisation avec permission. Voir l'[Annexe 1](#) pour une description du contenu.

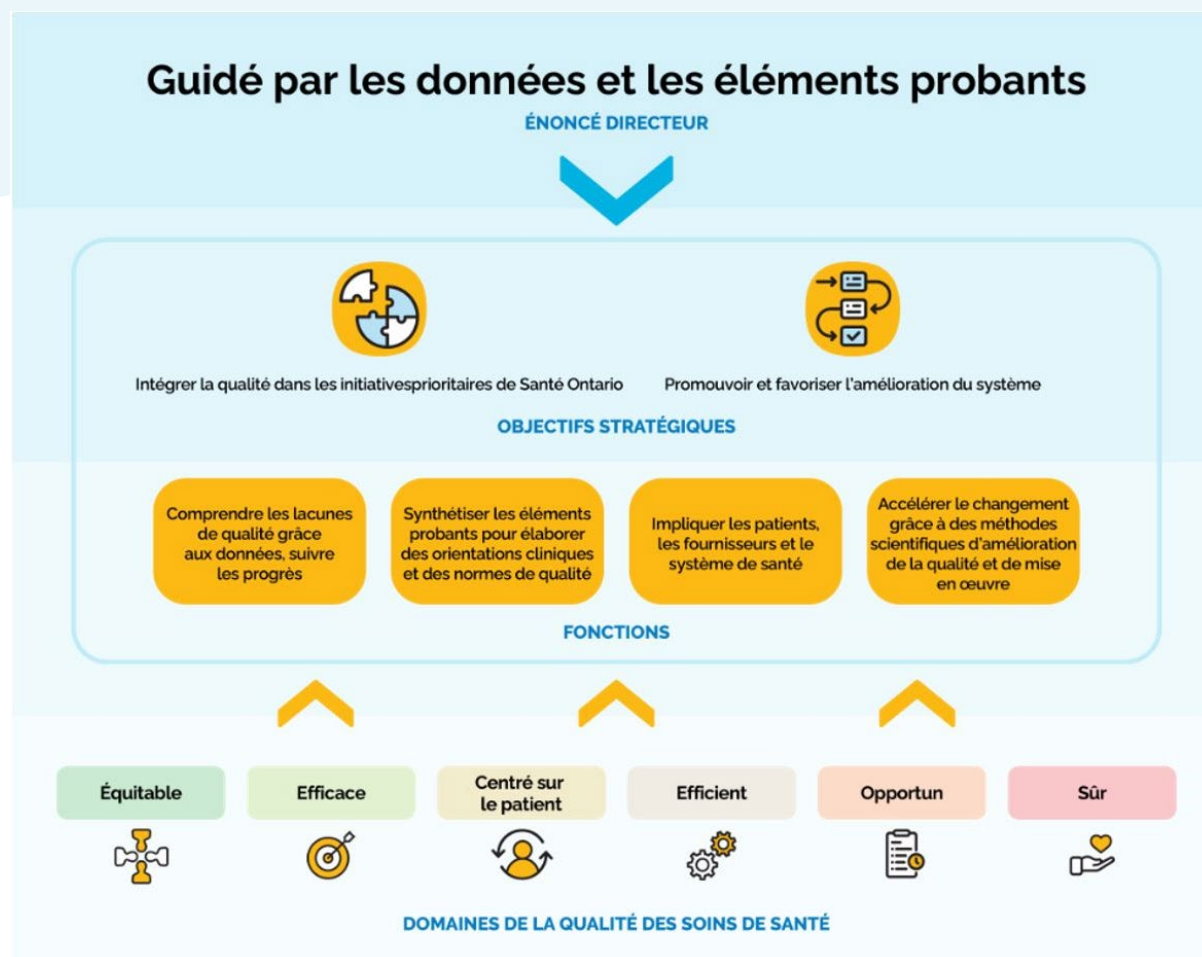
La mise en œuvre des six domaines de qualité s'accompagne d'un engagement important de Santé Ontario à détecter et à combattre le racisme et la discrimination dans le système de santé. Le [Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario](#)⁷ de Santé Ontario est un outil essentiel qui nous apprend à intégrer l'équité dans toutes nos activités. Selon ce cadre, notre priorité phare est de réduire les disparités dans les services en ce qui concerne l'accès, les expériences et les résultats.

Cadre de qualité

La division de la qualité de Santé Ontario a mis au point un cadre pour aider le système de soins de santé de l'Ontario à améliorer ses performances dans les six domaines de qualité. Le Cadre de qualité intégrée poursuit deux objectifs stratégiques : intégrer la qualité dans les initiatives prioritaires de Santé Ontario et promouvoir l'amélioration du système. Il concentre les efforts provinciaux sur quatre fonctions principales pour maximiser l'impact de notre travail, utiliser les leviers de changement appropriés, et diffuser et étendre l'AQ dans l'ensemble du système pour :

- Comprendre les lacunes de qualité grâce aux données et suivre les progrès.
- Synthétiser les éléments probants pour élaborer des orientations cliniques et des normes de qualité.
- Impliquer les patients, les fournisseurs et le système de santé.
- Accélérer le changement grâce à des méthodes scientifiques d'amélioration de la qualité et de mise en œuvre.

Ces quatre fonctions s'appuient sur les six domaines de qualité (équitable, efficace, axé sur le patient, judicieux, opportun et sûr).



Quintuple objectif

Santé Ontario applique également la stratégie du Quintuple objectif dans le cadre de la planification globale du système de santé. Les cinq objectifs figurent dans notre plan d'activités annuel afin de soutenir la mise en place d'un système de soins de santé de premier ordre. Le Quintuple objectif vise à :

- 1) Améliorer les expériences des patients;
- 2) Améliorer la santé de la population;
- 3) Améliorer l'expérience des fournisseurs;
- 4) Accroître la valeur;
- 5) Promouvoir l'équité en matière de santé.

Nous reconnaissons que l'amélioration de la qualité s'inscrit dans un ensemble d'objectifs qui ne cessent d'évoluer au fil du temps. Par ailleurs, d'autres objectifs, comme la durabilité environnementale, revêtent également une grande importance.⁸

Étapes de l'amélioration de la qualité

Pour faciliter les initiatives d'AQ, Qualité des services de santé Ontario (qui fait désormais partie de Santé Ontario) a mis au point en 2013 un processus d'AQ exhaustif regroupant plusieurs modèles et méthodologies scientifiques d'AQ. Ce processus s'appuie sur les théories de W. Edward Deming⁹ et sur le modèle d'amélioration,¹⁰ ainsi que sur les méthodes traditionnelles d'amélioration des processus de fabrication, notamment les méthodes Lean et Six Sigma.¹¹ Il inclut également le modèle de durabilité du National Health Service du Royaume-Uni¹² et les philosophies du Center for Implementation.¹³

En 2023, Santé Ontario a simplifié le processus original d'AQ pour en faire trois étapes d'amélioration de la qualité qui peuvent être appliquées à n'importe quelle initiative d'AQ, dans n'importe quel secteur des soins de santé. Chacune des étapes est itérative et est conçue pour s'appuyer sur les connaissances acquises lors de la phase précédente.

Étapes de l'amélioration de la qualité



Planifier le changement

Créer une équipe

Lors de la phase de planification d'un changement, il est essentiel de former une équipe d'AQ pour que l'effort soit couronné de succès. L'équipe d'AQ doit être composée de personnes directement impliquées dans la réception et la prestation des soins, comme le personnel de première ligne et les cliniciens; elle doit également compter des patients, des résidents, des clients et des partenaires de soins. Les membres de l'équipe d'AQ devraient être représentatifs de la diversité de la population locale, afin que les expériences des patients et des cliniciens soient dûment reflétées. Il est également essentiel pour la réussite d'un projet d'AQ que la direction le soutienne et y participe : la direction peut être représentée au sein de l'équipe d'AQ ou être tenue informée de l'avancement des travaux (par exemple, un cadre responsable).

Comprendre le problème

Une fois constituée, l'équipe d'AQ peut commencer à définir et à comprendre le problème qu'elle tente de résoudre. Pour comprendre les problèmes et l'état actuel des choses, le dialogue avec les patients, les cliniciens et les partenaires de soins est essentiel pour connaître leurs expériences, ce qui est important pour eux et ce qu'ils souhaiteraient ou ce dont ils auraient besoin si les processus étaient améliorés. C'est ce qu'on appelle souvent *capter l'avis du client*, et cela peut se faire à l'aide de nombreuses méthodes différentes :

- Analyse de la chaîne de valeur
- Conclusions des groupes de discussion
- Données d'enquête
- Informations issues d'entretiens
- Commentaires ou données sur les plaintes

Pour tenter de capter l'avis du client, la cartographie des émotions peut s'avérer utile pour cartographier les moments où un utilisateur interagit avec un service et savoir ce qu'il ressent à ce moment-là. La cartographie des émotions doit clairement recenser les interactions qui impliquent des personnes, ainsi que les fonctions qui se déroulent automatiquement, sans intervention humaine. L'équipe d'AQ peut avoir recours à la cartographie des émotions pour documenter les émotions positives et négatives des personnes lors d'une interaction, ce qui permettra de comprendre les expériences tant des personnes qui cherchent à obtenir des soins que de celles qui fournissent ces soins.

Idées pour faciliter la cartographie des émotions :

- Réunissez un groupe : l'idéal est un groupe de dix membres du personnel et de patients.
- Dans une grande salle ayant des murs vides, ayez à votre disposition des notes autocollantes, des marqueurs, du ruban adhésif et des feuilles de papier de la taille d'un tableau d'affichage.
- Sur une grande feuille de papier, décrivez les étapes du processus à améliorer. Ajoutez une échelle sur laquelle le bas de la feuille indique les émotions négatives et le haut de la feuille les émotions positives.
- Cartographiez les étapes sur l'échelle pour déterminer les domaines à améliorer.

Exemple de carte des émotions



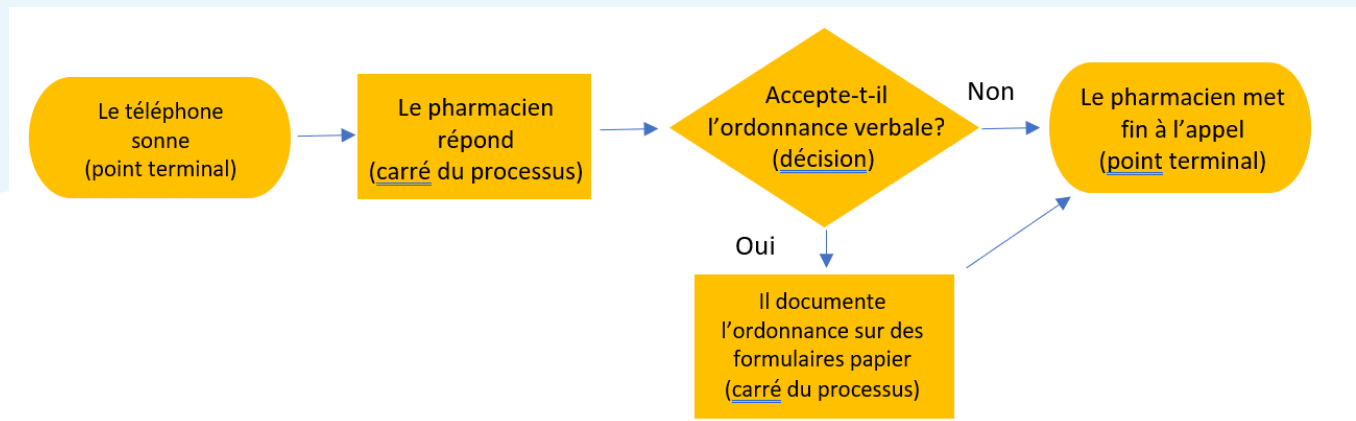
Cartographie du processus

En plus de comprendre les émotions des patients et du personnel au travers de leurs expériences, il est important de bien comprendre le fonctionnement des processus de soins. Une carte de processus est une représentation visuelle des étapes exactes d'un processus et indique les personnes ou groupes responsables de chaque étape. En visualisant le fonctionnement de tout le processus, on peut facilement repérer les inefficacités, les doubles emplois, les variations et les étapes inutiles, et ainsi trouver des possibilités d'amélioration. La cartographie des processus devrait être utilisée chaque fois que l'équipe d'AQ se concentre sur un processus en particulier, notamment lorsque celui-ci n'est pas clair ou qu'il manque de cohérence. La cartographie des processus permet également de trouver de bonnes idées et aide l'équipe à savoir où apporter les améliorations qui devraient avoir le plus d'impact sur les patients et le personnel.

Suggestions pour la cartographie des processus :

- Déterminez le début et la fin du processus. Pour ce faire, essayez de penser aux éléments déclencheurs qui lancent le processus et aux jalons qui indiquent que le résultat souhaité a été atteint. Une fois le début et la fin définis, inscrivez-les sur la carte de processus sous la forme d'ovales ou de points terminaux.
- Définissez chaque étape du processus par un mot d'action et indiquez qui accomplit l'action (par exemple, le pharmacien répond au téléphone). Chaque étape du processus est représentée sur la carte par un carré.
- Utilisez des flèches pour relier les étapes du processus et les points terminaux. Dessinez les flèches sur des notes autocollantes plutôt que directement sur la carte, au cas où les étapes du processus doivent être réorganisées.
- Déterminez les points de décision et posez une question pour chacun d'entre eux (par exemple, le bon produit Tena est-il disponible?). Chaque point de décision est indiqué sur la carte par un losange.
- Chaque point de décision doit être suivi de deux flèches, représentant Oui et Non. Assurez-vous qu'une étape du processus succède à chaque flèche.
- Validez la carte de processus. Assurez-vous que des personnes connaissant bien le processus l'examinent pour vérifier sa clarté et son contenu. Faites part de leurs commentaires à l'équipe.
- Dessinez la carte de processus définitive à l'aide d'un logiciel de cartographie.

Exemple de carte de processus



Définir le problème

Une fois la carte de processus terminée, la prochaine étape consiste à l'analyser pour aider l'équipe d'AQ à cerner les possibilités d'amélioration. L'équipe peut poser les questions suivantes :

- Quels types de gaspillage constatons-nous?
- Quelles sont les parties les plus chaotiques du processus?
- Où le problème se manifeste-t-il le plus souvent?
- Utilise-t-on les bonnes ressources?
- Quelles sont les parties les plus lentes du processus?
- Quelles sont les forces motrices du processus?
- Qui attend ou qu'est-ce qui attend? Qu'attendent-ils?

Après avoir consulté le personnel et les patients et cartographié le processus actuel pour cerner les problèmes, l'équipe peut utiliser des outils comme l'arête de poisson et les 5 pourquoi pour définir et comprendre les causes profondes du problème principal. On utilise souvent une analyse formelle des causes profondes pour enquêter sur les événements liés à la sécurité des patients; Excellence en santé Canada a élaboré à cet effet un outil précieux, le [Cadre canadien d'analyse des incidents](#).¹⁴ Les points mis en évidence au cours de cette analyse serviront à concentrer les efforts de l'équipe d'AQ.

Dès cette première étape, l'équipe d'AQ peut commencer à parler du parcours d'amélioration afin de faciliter l'adhésion et la participation de tous. Un tableau illustré pourrait présenter certains des problèmes et décrire comment les processus actuels ont un impact sur les patients ou les clients. À ce stade, le tableau peut inclure les noms des membres de l'équipe d'AQ, ainsi que les objectifs ou les buts de l'initiative. Votre présentation doit être sincère et susciter l'intérêt des gens.

Il est important, à cette étape, que l'équipe d'AQ formule un énoncé de problème. L'énoncé de problème est une ou deux phrases qui décrivent et résument la situation, le problème ou la question que l'équipe d'AQ cherche à résoudre. Cet énoncé servira de base à l'énoncé de l'objectif ou de la finalité. Consultez la section Modèle d'amélioration de ce guide (page 15 pour savoir comment créer un énoncé de l'objectif.

Il est également important, à ce stade, d'évaluer et de comprendre l'état de préparation des équipes impliquées; cette évaluation permettra de déterminer les obstacles et les facteurs favorables à la mise en œuvre du changement.

Mesurer

À cette étape, l'équipe d'AQ devrait créer un plan de mesure pour mieux comprendre les causes profondes d'un problème et faire le suivi de toute amélioration. Les mesures permettent à une équipe d'AQ de montrer les performances actuelles (ou niveau de référence), de fixer des objectifs pour les performances futures et de suivre les effets des changements au fur et à mesure qu'ils sont apportés. Ces mesures sont la pierre angulaire de la réussite de l'amélioration.

Après avoir obtenu des données initiales, l'équipe d'AQ peut commencer à recueillir et à réfléchir à des idées de changement pour résoudre l'enjeu ou le problème. La collecte d'informations et leur représentation visuelle à l'aide de diagrammes ou de cartes de contrôle aideront l'équipe à comprendre les variations de performance qui nécessitent des changements.

Si ce n'est pas déjà fait, une charte d'AQ doit être établie avant de procéder à tout changement. La charte d'AQ fournit un résumé centralisé à toutes les personnes impliquées dans le changement.

Outils et ressources : Planifier le changement

- [Assemble a Team](#) (en anglais) : une vidéo du Programme gériatrique régional de l'Ontario
- [Cadre pour l'engagement des patients en Ontario](#) : guide
- [Cadre pour l'équité en matière de participation](#) : un cadre visant à promouvoir une implication équitable et des outils pour aider les organisations dans leurs efforts de mobilisation et de rapprochement avec les diverses populations marginalisées
- [Cerner le problème](#) : un outil permettant d'explorer le problème et de cartographier la situation actuelle
- [Identifying the Problem and Determining Your Aim Statement/Selecting Indicators](#) (en anglais) : vidéo
- [Diagnostics](#) (en anglais) : vidéo
- [Arête de poisson/Cause et effet](#) : outil
- [Les 5 pourquoi](#) : outil
- [Cadre canadien d'analyse des incidents](#) : un cadre d'Excellence en santé Canada
- [Analyse Pareto](#) : outil
- [Rédiger un énoncé de problème](#) : outil
- [Mesures de l'amélioration de la qualité](#) : guide
- [Plan de mesure](#) : outil
- [Mesures – interpréter les graphiques de séquences](#) : outil
- [Charte d'amélioration de la qualité](#) : outil

Mettre en œuvre le changement

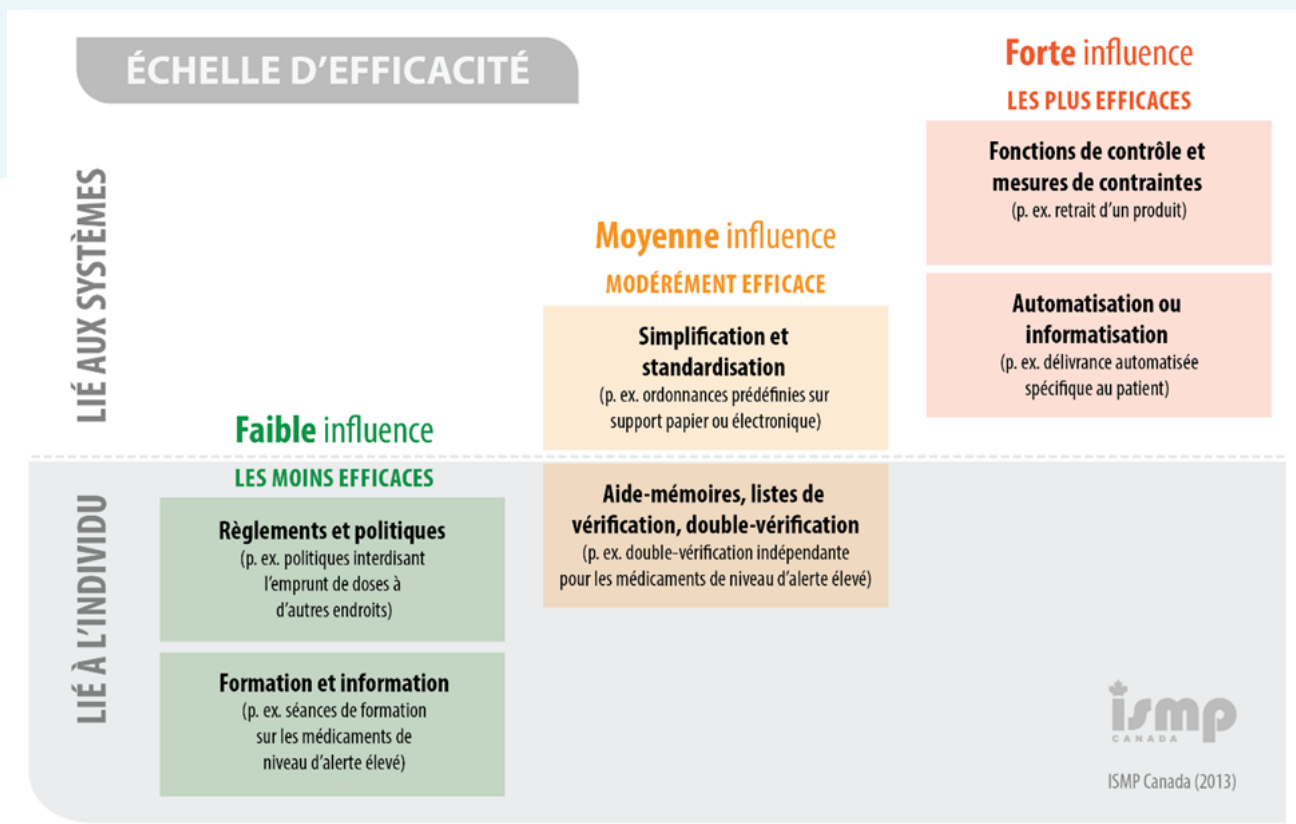
À ce stade, l'équipe d'AQ comprend bien le problème qu'elle tente de résoudre et la raison pour laquelle il survient. Elle peut maintenant commencer à concevoir et à tester des idées de changement pour remédier aux causes profondes. Pour en savoir plus, consultez le guide [Concepts et idées de changement](#) de Santé Ontario.

Hiérarchie de l'efficacité des interventions

« Tous les changements ne conduisent pas à une amélioration, mais toute amélioration nécessite un changement. »¹⁵ Lors de l'élaboration de concepts et d'idées de changement, il est important de prendre en compte les facteurs humains et la hiérarchie de l'efficacité des interventions décrite par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP).¹⁶ Cette hiérarchie classe les idées et les stratégies de changement selon leur capacité « à faire en sorte qu'il soit difficile pour les praticiens de mal faire leur travail, et facile pour eux de le faire correctement. »¹⁷

- Les idées de changement ayant une faible influence sont notamment les règlements et les politiques (par exemple, les politiques interdisant d'emprunter des doses d'un autre secteur) ainsi que la formation et l'information (par exemple, des séances d'information sur les médicaments de niveau d'alerte élevé).
- Les idées de changement ayant une influence moyenne incluent la simplification et la standardisation (par exemple, les formulaires d'ordonnances papier ou électroniques standardisés) et les aide-mémoires, les listes de vérification et la double-vérification (par exemple, la double-vérification indépendante pour les médicaments à haut niveau d'alerte).
- Les idées de changement ayant une forte influence comprennent les fonctions de contrôle et les mesures de contraintes (par exemple, retirer un produit de la circulation) ainsi que l'automatisation et l'informatisation (par exemple, la distribution automatisée en fonction des besoins du patient).

Échelle d'efficacité: Organigramme



Source : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada, 2013.¹⁸ Utilisation avec permission.

L'ISMP a réalisé un travail considérable au Canada et aux États-Unis pour encourager et promouvoir la hiérarchie lors de la création d'idées de changement dans le domaine des soins de santé.

Planifier-Faire-Étudier-Agir

Le cycle Planifier-Faire-Étudier-Agir (PFEA) est un moyen de tester et d'ajuster les idées de changement (pour en savoir plus, consultez la section Modèle d'amélioration à la page 15). L'analyse et la documentation des impacts d'une idée de changement sont une étape fondamentale souvent négligée. Suivre et documenter ces résultats demande de l'énergie, mais il est essentiel de bien comprendre l'impact d'un changement pour que celui-ci soit adopté et diffusé de manière continue. Pour comprendre ce qui crée un changement positif, il est indispensable de procéder à une analyse continue des données. Les activités essentielles à ce stade sont les suivantes :

- Déterminer des idées de changement qui traitent les causes profondes du problème.
- Tester l'idée de changement en la mettant en œuvre à petite échelle et en recueillant des données pour faire un suivi de l'amélioration.
- Analyser les résultats pour déterminer si l'idée de changement a produit une amélioration.
- Déterminer si et comment l'idée de changement doit être modifiée et se préparer à un autre cycle de test.

Tester les idées de changement permet d'étoffer la présentation des efforts d'amélioration de l'équipe d'AQ. Les équipes peuvent raconter ce qu'elles ont appris (y compris les améliorations réalisées à ce jour) dans leurs chartes d'AQ. Plus il y a d'informations partagées à chaque phase du parcours d'AQ, plus les chances d'acceptation sont grandes lorsque les équipes d'AQ seront prêtes à diffuser l'amélioration.

Outils et ressources : Mettre en œuvre le changement

- [Concepts et idées de changement](#) : guide
- [Diagramme maître](#) : outil
- [PFEA : Planifier-Faire-Étudier-Agir](#) : outil
- [Mise en œuvre – domaines clés](#) : outil
- [Mise en œuvre et maintien des changements](#) : guide
- [Mesures – interpréter les graphiques de séquences](#) : outil

Maintenir le changement

Après avoir évalué leurs idées d'AQ au moyen de petits tests dans le cadre des cycles PFEA et être persuadées que ces changements constituent une amélioration, les équipes sont déjà sur la voie de la pérennisation du changement. À ce stade, les idées de changement sont mûres pour être formellement mises en œuvre dans la pratique quotidienne. Un suivi continu des performances aidera l'équipe à pérenniser les succès. Les données peuvent également s'avérer très utiles pour obtenir le soutien en faveur des efforts d'AQ.

L'équipe d'AQ doit continuer à communiquer et à expliquer comment les changements qu'elle a apportés ont une incidence positive sur les expériences et les résultats des personnes concernées. Il est important de clarifier la question « qu'est-ce que j'en retire », afin que l'équipe puisse aider les gens à comprendre comment ils bénéficient de l'amélioration continue. Les principales activités à ce stade sont les suivantes :

- Formaliser et normaliser les changements et documenter les nouveaux processus.
- Communiquer les nouveaux processus à l'ensemble du personnel.
- Susciter l'adhésion en partageant l'histoire de l'amélioration et l'impact sur les patients, les familles, le personnel et les cliniciens.
- Recueillir des informations et les représenter visuellement à l'aide d'organigrammes et de chartes de contrôle afin de comprendre les variations dans les performances.

Une fois que l'équipe d'AQ a réussi à mettre en œuvre un changement dans un domaine ou un service, l'objectif est de l'étendre à d'autres domaines ou services. Les soins de santé sont un service fourni pour et par des personnes; modifier les routines ou les processus peut s'avérer difficile. Les leaders doivent rendre le changement attrayant pour la majorité en tenant compte des réactions émotionnelles et logiques des gens. Ainsi, il peut être utile de justifier le changement en se basant sur

le développement personnel ou l'amélioration des résultats pour les patients, puis de faire en sorte que le changement paraisse minime et facile à mettre en œuvre.

Pour savoir par où commencer à diffuser l'amélioration, l'équipe d'AQ doit d'abord impliquer ceux qui acceptent le changement et qui sont enthousiastes à son égard. En se concentrant d'abord sur les unités ou les départements qui souhaitent vivement le changement, l'équipe d'AQ peut ensuite créer l'élan nécessaire pour mobiliser les personnes ou les départements qui y sont les plus réticents.

Élaborer un plan et préparer le terrain pour sa diffusion permettra de s'assurer plus facilement que les gens ressentent l'effet des efforts de l'équipe d'AQ. Le plan de diffusion de l'équipe doit contenir des mesures clés permettant d'évaluer en continu les performances et la fiabilité des nouveaux processus. Ces mesures permettront à l'équipe d'AQ d'évaluer rapidement les défaillances des processus et de prendre des mesures immédiates. Les activités clés à ce stade consistent notamment à créer un plan de diffusion et à utiliser le plan de mesure pour faire le suivi de l'adoption et de l'amélioration.

Outils et ressources : Maintenir le changement

- [Mise en œuvre et maintien des changements](#) : guide
- [Mise en œuvre – domaines clés](#) : outil
- [Plan de viabilité](#) : outil
- [Guide d'introduction sur la propagation](#) : guide
- [Plan de déploiement](#) : outil

La science de l'amélioration : Théories et méthodologie

Le système de la connaissance approfondie de Deming

La philosophie de gestion du Dr W. Edwards Deming repose sur la théorie des systèmes. Elle part du principe que chaque organisation se compose d'un système interdépendant de processus et de personnes. Bien que les éléments puissent être assemblés par différentes équipes, la direction doit se concentrer sur l'amélioration de la qualité tout en réduisant simultanément les coûts.

Les quatre parties du système de connaissance approfondie de Deming sont l'appréciation d'un système, la connaissance des variations, la théorie de la connaissance et la théorie de la psychologie. Pour Deming, la compréhension et l'application des quatre parties de sa théorie permettraient de créer une meilleure culture de leadership. Pour de plus amples détails sur la théorie de Deming, consultez son ouvrage *The New Economics for Industry, Government, Education*.⁹

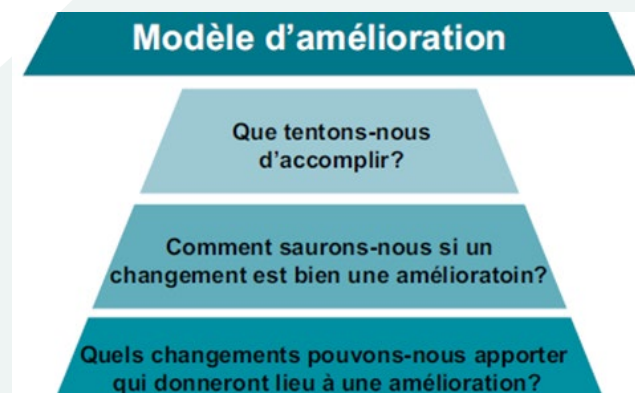
Modèle d'amélioration

Le modèle d'amélioration,¹⁰ basé sur les travaux de Deming, a été créé par Associates in Process Improvement et se veut un outil simple, mais puissant pour accélérer l'amélioration. Le modèle d'amélioration se compose de deux parties.

Partie « réflexion » du modèle

La première partie du modèle (la partie « réflexion ») regroupe trois questions essentielles pour orienter le travail d'amélioration (voir ci-dessous pour plus de détails) :

- Que tentons-nous d'accomplir?
- Comment saurons-nous si un changement est bien une amélioration?
- Quels changements pouvons-nous apporter qui donneront lieu à une amélioration?



Objectif : Que tentons-nous d'accomplir?

Toute initiative d'AQ nécessite un but ou un objectif clairement défini répondant à la question : « Que tentons-nous d'accomplir? » Dans le modèle, l'objectif est rédigé en tant qu'[énoncé de l'objectif](#) (en anglais). L'énoncé de l'objectif devrait être :

- Clair : Un objectif clair et précis est une composante essentielle d'un plan d'AQ non ambigu. L'énoncé de l'objectif doit indiquer à quel point l'initiative d'AQ changera les choses. Par exemple, il peut s'agir de réduire de moitié les événements indésirables ou les temps d'attente non souhaités, ou d'améliorer une mesure de 50 %.
- Spécifique dans le temps : L'énoncé précise le moment où l'objectif sera atteint.
- Extensible : L'énoncé de l'objectif doit être étayé par un objectif extensible. Un objectif visant un changement modeste et progressif (par exemple, passer d'une situation inférieure à la moyenne à une situation dans la moyenne, ou améliorer la situation de 10 %) ne représente pas nécessairement une véritable avancée en matière de qualité et ne justifie pas non plus l'investissement des acteurs concernés. Il peut être intéressant de passer en revue les pratiques des organisations les plus performantes ou d'utiliser des critères de référence établis pour fixer un objectif plus ambitieux.
- D'une valeur réelle : L'objectif doit répondre aux attentes et aux besoins des patients et des clients.

Exemple d'un mauvais énoncé de l'objectif : Nous travaillerons plus efficacement pour réduire les temps d'attente pour les nouveaux patients cette année.

Exemple d'un bon énoncé de l'objectif : Dans un délai de sept mois, nous réduirons les temps d'attente, de 53 à 26 jours au maximum, pour tous les nouveaux patients orientés vers notre clinique spécialisée.

Mesure : Comment saurons-nous si un changement est bien une amélioration?

Pour déterminer si les changements apportés par les initiatives d'AQ se traduisent par une amélioration concrète, il convient de recueillir, d'analyser et de communiquer des informations sur l'impact de ces changements. Cette démarche s'appelle la mesure et elle fournit des preuves concrètes pour justifier le changement. En démontrant des résultats concrets, la mesure peut renforcer l'adhésion à une initiative.

Quatre types de mesures peuvent être utilisés pour évaluer les progrès de l'équipe d'AQ et soutenir la réalisation de ses objectifs :

- Les **mesures des résultats** sont les impacts cliniques ou expérientiels pour le patient. Elles permettent de recueillir des informations sur les performances du système. Ces mesures répondent à la question suivante : « Quels sont les résultats finaux de notre travail d'AQ? » Il peut s'agir, par exemple, de la réduction des taux d'infection, des temps d'attente ou des chutes.

- Les **mesures de processus** reflètent le fonctionnement du système. Ces mesures montrent comment les efforts d'AQ ont modifié les intrants ou les étapes qui contribuent aux résultats du système. Il peut s'agir, par exemple, du pourcentage de temps pendant lequel les membres du personnel respectent une recommandation de meilleure pratique, comme l'ensemble des meilleures pratiques visant à prévenir la pneumonie sous ventilation assistée.
- Les **mesures d'équilibre** déterminent si les changements conçus pour améliorer une partie du système entraînent des problèmes dans d'autres parties. Ces mesures incluent la satisfaction du personnel et des patients ou des clients, ou les incidences financières. Par exemple : « Ce changement d'AQ améliore-t-il la satisfaction du personnel, mais diminue-t-il celle des patients ou des clients? »
- Les **mesures PFEA** sont recueillies à chaque test d'un changement qui est effectué. Elles permettent de connaître l'effet de chaque test de changement sur le processus et le système. Il peut s'agir, par exemple, de la satisfaction du personnel quant à la facilité d'utilisation d'un nouveau processus ou du pourcentage de temps pendant lequel le nouveau processus atteint les résultats pour lesquels il a été conçu.

Pour en savoir plus sur l'utilisation des mesures dans le cadre d'une initiative d'AQ, consultez le guide [Mesures de l'amélioration de la qualité](#).

Changement : Quels changements pouvons-nous apporter qui donneront lieu à une amélioration?

Une fois l'objectif fixé et les mesures établies, les équipes doivent déterminer les idées prometteuses qui permettront d'améliorer la qualité grâce au changement. Les idées de changement sont des actions réalisables visant à améliorer des processus spécifiques, souvent issues de séances de remue-ménages avec l'équipe d'AQ et de meilleures pratiques fondées sur des données probantes. Par exemple, une idée de changement pour améliorer l'accès pourrait être de fixer des rendez-vous préétablis les jours de la semaine où la demande est la plus faible. Ces idées sont pratiques et peuvent être facilement testées.

Lorsqu'il n'existe pas d'idées de changement claires et fondées sur des données probantes, l'équipe peut commencer par élaborer un **concept de changement** qui l'aidera à générer des idées, puis à développer des idées de changement précises qui seront testées. L'Institute for Healthcare Improvement définit un concept de changement comme étant « une notion ou une approche générale du changement jugée utile pour développer des idées précises de changements menant à une amélioration. »¹⁹ Les concepts de changement sont des théories ou des approches plus larges de l'amélioration de la qualité (par exemple, la réduction du gaspillage, l'amélioration du flux de travail, la standardisation et d'autres principes communs à la méthodologie de l'AQ). Une idée de changement est une idée précise, et un concept de changement est un ensemble de plusieurs idées de changement.

Pour de plus amples informations sur les idées et concepts de changement, consultez le guide [Concepts et idées de changement](#).

La partie « action » du modèle

La deuxième partie (la partie « action ») du modèle repose sur un processus continu d'élaboration et de réalisation de petits tests de changement (cycles PFEA).

Après avoir travaillé sur la partie « réflexion » du modèle d'amélioration et avoir obtenu des informations pour répondre aux trois questions ci-dessus, l'équipe d'AQ est prête à passer à la partie « action ». Cette partie préconise d'essayer d'abord une idée d'amélioration à petite échelle, avant de procéder à la mise en œuvre complète d'un changement. De petits tests du changement peuvent également aider à déceler des effets indésirables, ce qui permet aux équipes d'AQ de modifier ou d'abandonner une idée de changement qui a des conséquences inattendues. Un cycle PFEA peut aider à acquérir des connaissances pour des tests ultérieurs, à démontrer les avantages de nouvelles idées et à mobiliser le personnel.

Pour de plus amples informations sur le cycle PFEA, consultez l'outil [PFEA : Planifier-Faire-Étudier-Agir](#).

Lean

La méthodologie Lean a été développée dans les années 1950 par Taiichi Ohno chez Toyota.²⁰ L'une des principales innovations du système Lean était de considérer les travailleurs comme les principaux responsables de la résolution des problèmes et de leur donner les moyens d'améliorer les processus et d'éliminer les gaspillages. Depuis les années 1950, la méthodologie Lean a dépassé le cadre de la fabrication et s'applique désormais à l'amélioration des processus de prestation de soins de santé.

La pratique Lean commence par le travail et les personnes qui le font. Elle consiste à déterminer et à éliminer de manière systématique et continue le gaspillage (par exemple, les inefficacités, les erreurs et les activités non productives ou sans valeur ajoutée) dans les processus. Le gaspillage est tout ce qui n'apporte pas de valeur ajoutée du point de vue du client, qu'il soit interne ou externe.

La méthodologie Lean consiste à s'assurer que la bonne chose se produit au bon moment, qu'elle est faite par la bonne personne et que le personnel est impliqué dans le processus de changement.¹¹ Il s'agit de rendre l'environnement de travail plus efficace et efficient, et d'améliorer la sécurité, la qualité, les coûts et la prestation de services. Dans le domaine de la santé, l'objectif de la méthodologie Lean est de libérer du temps pour fournir plus de soins directs et d'intégrer l'AQ dans les activités quotidiennes.

Les 5 principes de la méthodologie Lean

- 1) Définir la valeur du point de vue du client : Un client peut être aussi bien interne (par exemple, un résident) qu'externe (par exemple, un fournisseur).
- 2) Déterminer les étapes de la chaîne de valeur et cartographier le processus : Le statut de presque chaque processus doit être apparent (cette connaissance peut être acquise au fil du temps), ce qui permet de comparer facilement les performances attendues et les performances réelles. La cartographie des processus est un outil utilisé pour créer une image du processus afin que toutes les activités soient évidentes.

- 3) Améliorer le flux en éliminant le gaspillage : Un processus est plus fluide ou progresse plus efficacement lorsque les inefficacités et les erreurs sont définitivement éliminées de ses étapes.
- 4) Établir la traction : Cela consiste à comprendre la demande du client pour un service et à créer un processus pour répondre au niveau de la demande – en d’autres termes, à ne fournir que ce que le client veut quand il le veut.
- 5) Viser la perfection : La pensée Lean ne porte pas sur l’amélioration ponctuelle d’un processus, mais sur la recherche permanente de la qualité et sur l’amélioration continue de la qualité.

Ce qu’est la méthodologie Lean

- Solutions aux besoins des clients
- Détermination et élimination du gaspillage dans les processus
- Redéploiement des ressources vers des activités à valeur ajoutée
- Réduction ou élimination des défauts
- Amélioration du flux des processus
- Exécution des tâches nécessaires et efficaces
- Amélioration continue
- Concentration sur les activités à valeur ajoutée
- Qualité au point de service

Ce que la méthodologie Lean n’est pas

- Accent sur les besoins des cliniciens
- Rédaction de nouvelles politiques ou procédures
- Réduction du nombre d’emplois
- Mesure de la qualité dans le service
- Lot et file d’attente
- Faire beaucoup de travail
- Amélioration ponctuelle et aléatoire
- Travail qui occupe votre journée
- Accélération d’un processus inefficace ou inefficient

Bibliographie recommandée

Disponible en anglais seulement.

- [American Society for Quality: Quality Tools](#)
- Baker, R., MacIntosh-Murray, A., Porcellato, C., Dionne, L., Stelmachovich, K., & Born, K. (2008). *High performing healthcare systems: Delivering quality by design*. Longwoods Publishing.
- Dennis, P. (2007). *Lean production simplified: Plain-language guide to the world's most powerful production system*. Productivity Press.
- Imai, M. (1997). *Gemba kaizen: A commonsense, low-cost approach to management*. McGraw-Hill.
- Langley, G. L., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (1996). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. Jossey-Bass.
- [Six Sigma Tools and Templates](#)
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. Productivity Press.

Annexe 1 : Domaines de qualité

Descriptions des six domaines de qualité de la figure de la page 4.

Signification pour le patient

- Équitable : Peu importe qui je suis ou où je vis, je peux accéder à des services qui me profitent. Je suis traité équitablement par le système de santé.
- Efficace : Je reçois un traitement adapté à ma situation et cela contribue à l'amélioration de ma santé.
- Axé sur le patient : Mes objectifs et mes préférences sont respectés. Ma famille et moi-même sommes traités avec respect et dignité.
- Judicieux : Les soins que je reçois de tous les praticiens sont bien coordonnés et les efforts ne sont pas dupliqués. La valeur de mon temps est respectée.
- Opportun : Je suis informé des délais d'attente pour consulter un médecin et des raisons de ces délais. Je suis convaincu que ce temps d'attente ne me fait pas courir de risque.
- Sûr : Je ne serai pas exposé à des préjudices de la part du système de santé (physiques, émotionnels ou autres).

Signification pour le système de santé

- Équitable : Chaque patient reçoit des soins de haute qualité qui lui sont justes et appropriés, quels que soient son lieu de résidence, son affection ou son identité.
- Efficace : Le système de santé dispense des soins fondés sur les meilleures preuves disponibles et produit le résultat souhaité.
- Axé sur le patient : Le système favorise l'autonomie du patient dans la prise de décision concernant les choix de soins.
- Judicieux : Le système de santé évite les pertes de temps et consacre ses efforts à des soins rationalisés et coordonnés pour les patients.
- Opportun : Les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin dans un délai d'attente acceptable une fois le besoin identifié.
- Sûr : Des politiques, des processus et des procédures sont en place pour assurer la sécurité de chaque patient.

Source : *Santé Ontario Nord-Est et Nord-Ouest, Cadre de qualité intégré – Notre étoile du Nord.*⁶
Utilisation avec permission.

Références

- 1) Institute for Healthcare Improvement. (2024). *History*. <https://www.ihl.org/about/history>
- 2) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. The National Academies Press.
- 3) Gouvernement de l'Ontario. (2010). *Excellent Care for All Act, 2010, S.O. 2010, c. 14*. <https://www.ontario.ca/laws/statute/10e14>
- 4) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. The National Academies Press. <https://www.ihl.org/resources/publications/crossing-quality-chasm-new-health-system-21st-century>
- 5) Health Quality Ontario. (2017). *Quality matters: Realizing excellent care for all*. Queen's Printer for Ontario. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/realizing-excellent-care-for-all-1704-en.pdf>
- 6) Ontario Health. (2023). *Ontario Health North East and North West integrated quality framework – Our north star*. King's Printer for Ontario.
- 7) Ontario Health. (2022). *Equity, inclusion, diversity and anti-racism framework*. <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/Equity%20Framework.pdf>
- 8) Alami, H., Lehoux, P., Miller, F. A., Shaw, S. E., & Fortin, J.-P. (2023). An urgent call for the environmental sustainability of health systems: a “sextuple aim” to care for patients, costs, providers, population equity and the planet. *International Journal of Health Planning and Management*, 38(2), 289-295.
- 9) Deming, W. E. (1994). *The new economics for industry, government, education*. MIT Press.
- 10) Associates in Process Improvement. (2024). *Model for improvement*. <https://www.apiweb.org>
- 11) Womack, J. P., & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. Productivity Press.
- 12) Institute for Innovation and Improvement. (2009). *Sustainability guide*. National Health Service. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Guide-2010.pdf>
- 13) Center for Implementation. (2024). *Durability: What is it? Why is it important? How are readiness, context, and sustainability related?* <https://thecenterforimplementation.com>
- 14) Incident Analysis Collaborating Parties. (2012). *Canadian incident analysis framework*. Canadian Patient Safety Institute. <https://www.healthcareexcellence.ca/media/gilnw3uy/canadian-incident-analysis-framework-final-ua.pdf>
- 15) Institute for Healthcare Improvement. (2024). *Model for improvement: selecting changes*. <https://www.ihl.org/resources/how-to-improve/model-for-improvement-selecting-changes>
- 16) Institute for Safe Medication Practices. (1999). *Medication error prevention “toolbox.”*

- 17) Institute for Safe Medication Practices. (2020). *Education is “predictably disappointing” and should never be relied upon alone to improve safety*. <https://www.ismp.org/resources/education-predictably-disappointing-and-should-never-be-relied-upon-alone-improve-safety>
- 18) Institute for Safe Medication Practices Canada. (2013). Designing effective recommendations. *Ontario Critical Incident Learning 4:1-2*. https://www.ismp-canada.org/download/ocil/ISMPCONCIL2013-4_EffectiveRecommendations.pdf
- 19) Institute for Healthcare Improvement. (2024). *Quality improvement project: Change concepts worksheet*. <https://www.ihl.org/resources/tools/quality-improvement-project-change-concepts-worksheet>
- 20) Ohno, T. (1988). *Toyota production system*. Productivity Press.

Santé Ontario

500–525, avenue University
Toronto, Ontario
M5G 2L3

Numéro sans frais: 1-877-280-8538

ATS: 1-800-855-0511

Courriel: QualityStandards@OntarioHealth.ca

Site Web: hqontario.ca

ISBN 978-1-4868-7363-0 (PDF)

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

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